Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Getty Research Institute

https://archive.org/details/storungenimseele87bess

Störungen im Seelenleben.

Von

Julius Beßmer S. J.

(Ergänzungshefte zu den „Stimmen aus Maria-Laach". — 87.)

Freiburg im Breisgau.
Herdersche Verlagshandlung.
1904.
Zweigniederlassungen in Wien, Straßburg, München und St Louis, Mo.

Imprimatur.

Friburgi Brisgoviae, die 24 Novembris 1904.

✠ **Thomas,** Archiepps.

Alle Rechte vorbehalten.

Buchdruckerei der Herderschen Verlagshandlung in Freiburg.

Vorwort.

Das Seelenleben des Menschen bietet immer eine Fülle des interessantesten Stoffes, mag man dasselbe betrachten in seinem normalen Verlauf oder in den Störungen und Krankheiten, welche in demselben auftreten. Diese Störungen im Seelenleben soll die gegenwärtige Arbeit zur Darstellung bringen. Der Begriff der Störungen ist natürlich ein viel weiterer als derjenige der Krankheit. Augenblickliche oder nur ganz kurz andauernde Unregelmäßigkeiten werden noch nicht unter den Begriff der Krankheit gerechnet, fallen aber bereits unter den Begriff der Störung. Das akute Fieberdelirium, die psychischen Erscheinungen der Alkoholvergiftung, der Betäubung durch Chloroform und Äther u. dgl. m. sind noch keine psychischen Krankheiten, aber wirkliche psychische Störungen. Daß sich übrigens beide nicht scharf abgrenzen, ist leicht verständlich. Nur jene Störungen sollen hier zur Darstellung kommen, bei denen man eine natürliche Ursache voraussetzen muß. Fälle, in denen physische oder moralische Kriterien auf das Eingreifen eines außerirdischen Faktors hinweisen, werden nicht in Betracht gezogen.

Zweck dieser Arbeit wird es sein, die Störungen im Seelenleben in ihrer Erscheinungsweise kennen zu lernen, sie nach den Tätigkeiten zu scheiden, deren krankhafte Abweichung sie darstellen, und in Bezug auf eine Reihe von ihnen die nächsten Ursachen, soweit möglich, klarzulegen. Ein zweites Ergänzungsheft soll dann auf Grundlage der hier gewonnenen Anschauungen die tieferen philosophischen Fragen nach den Grundlagen der Seelenstörungen zu beantworten suchen. Beide Arbeiten werden sich ergänzen, dabei aber doch eine relative Unabhängigkeit bewahren.

Die Nützlichkeit einer kurzen Behandlung der Seelenstörungen wird jeder leicht anerkennen, der entweder mit psychologischen und pädagogischen Studien sich befaßt oder Geistesschwachen und Geisteskranken auf seinem Lebensweg begegnet und ihnen leibliche oder geistige Hilfe angedeihen lassen möchte. Aber auch weitere Kreise zeigen lebhaftes Interesse an diesen Fragen. Es ist der menschlichen Natur eigen, daß alles Interesse weckt, was die Seele betrifft, ihre kranken wie ihre gesunden Tage, ihr Wehe wie ihr Wohl.

Die zahlreichen Auflagen, welche Ribots Monographien über die Krankheiten des Gedächtnisses, des Willens, der Persönlichkeit erlebt haben, wie die in Deutschland rasch sich folgenden „Grenzfragen aus dem Gebiete des Nerven- und Seelenlebens" weisen genugsam darauf hin. Die Seelenstörungen lassen einen tieferen Einblick tun in das Getriebe des psychischen Lebens. Auch von ihnen gilt das Wort des großen französischen Physiologen Claude Bernard: „Übertreibung, Mißverhältnis und Mißklang zwischen den normalen Erscheinungen bilden den krankhaften Zustand." Nicht neue Fähigkeiten treten auf, aber die vorhandenen seelischen Kräfte arbeiten unter abnormen Bedingungen. So kommt es, daß einige Funktionen unterdrückt erscheinen, die andern aber um so klarer in ihrer Eigentümlichkeit hervortreten. Wir finden Tätigkeiten, die im Zustande seelischer Gesundheit immer verkettet waren, plötzlich getrennt. Die Störungen nehmen am seelischen Leben eine Analyse vor, welche bei gesundem Leben kaum möglich wäre oder die vorzunehmen als verbrecherischer Eingriff taxiert werden müßte. Zugleich werden einige Tätigkeiten krankhaft gesteigert und leisten dabei — freilich auf Kosten des allgemeinen seelischen Wohles — so Erstaunliches, daß es für den ersten Anblick wunderbar erscheinen möchte. So sind die pathologischen Erscheinungen geeignet, einiges Licht zu werfen auf die abnormen Vorkommnisse im Spiritismus und in andern Zweigen des Okkultismus. Jedenfalls bedarf es einiger Kenntnis der Seelenstörungen, ehe man über die Natur der psychischen Phänomene dieser Nachtseiten im Menschenleben ein abschließendes Urteil wagt.

Vorliegende Arbeit ist ein Versuch, das Gesamtgebiet ausgesprochen natürlicher Störungen zur gedrängten Darstellung zu bringen. Der Gesichtspunkt, unter welchem sie behandelt werden, ist der psychologische. Die Beispiele wurden aus psychiatrischen Werken geschöpft. Wissenschaftlicher Terminologie konnte die Arbeit um so weniger entraten, als sie dem Leser Belege aus Fachschriften bieten sollte.

Gelegentliche Quellen finden sich im Verlaufe der Darstellung zitiert. So erübrigt hier nur, jene Werke anzugeben, welche bei der Arbeit sozusagen ständig zu Rate gezogen wurden:

Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten[3], 1871.
Hellpach, Grenzwissenschaften der Psychologie, 1902.
Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie[7], 1903.
„Lehrbuch der Psychiatrie", bearbeitet von Dr Cramer, Dr Westphal, Dr Hoche, Dr Wollenberg und den Herausgebern Dr Binswanger und Dr Siemerling 1904.

Pierre Janet, L'automatisme psychologique, 1896.
Ribot, Maladies de la mémoire[7]. — Maladies de la personnalité[10], 1903. — Maladies de la volonté[17], 1903. — Psychologie des sentiments. 1896.
Ribots Monographien lieferten gut beglaubigtes Material, den in ihnen niedergelegten philosophischen Ansichten beizustimmen, war dagegen unmöglich.
Störring, Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie, 1901.
Pesch, Tillmannus, Institutiones psycholog. 3 voll., 1896.
Urraburu, Psychologia. 3 voll., 1894—1898.
Wundt, Grundzüge der physiolog. Psychologie[5]. 3 voll., 1903.

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit scheidet sich in zwei Teile. Der erste behandelt die Störungen, welche die einzelne psychische Funktion betreffen, die sog. Elementarstörungen. Der zweite bietet Gruppenbilder von Störungen, wie sie sich gewöhnlich im Leben finden. Manche Psychiater geben ihnen den Namen von Formenstörungen. Indessen fassen wir das Gebiet der Gruppenbilder etwas weiter. Wir betrachten zuerst eine Reihe von Zuständen, welche nur vorübergehender Natur sind und so noch nicht zu den eigentlichen Geisteskrankheiten gezählt werden. Erst an zweiter Stelle werden wir die wechselvollen Bilder seelischer Krankheiten betrachten.

Möchte die Darstellung mit dem tieferen Verständnis des Seelenlebens zugleich den Entschluß fördern, für die Gesundheit der eigenen Seele Sorge zu tragen und den Ärmsten aller Armen werktätiges Mitleid entgegenzubringen.

Luxemburg, im Oktober 1904.

Der Verfasser.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorwort III

Erster Teil.

Die Elementarstörungen des psychischen Lebens . . 1

Erster Abschnitt.

Störungen des sinnlichen Erkennens . . 1

1. Kapitel. Störungen der Empfindung 2
§ 1. Anästhesie 2
§ 2. Hyperästhesie 5
§ 3. Parästhesie 6

2. Kapitel. Störungen der Phantasie 8
§ 1. Abnorme Langsamkeit und Trägheit in Bildung und Ablauf der Vorstellungen 9
§ 2. Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes 11
§ 3. Zwangsvorstellungen 13
§ 4. Halluzinationen und Illusionen 17

3. Kapitel. Störungen des Gedächtnisses 23
§ 1. Störungen der Merkfähigkeit — Gedächtnisschwäche . . . 23
§ 2. Das Stutzen des Gedächtnisses 26
§ 3. Sprachstörungen auf Grund von Erinnerungslosigkeit (amnestische Aphasien und Paraphasien) 27
§ 4. Totale, retrograde Amnesie; Ausfall der Erinnerungen einer bestimmten Periode; fortschreitende Amnesie 31
§ 5. Wechselndes Gedächtnis und Ekmnesie 33
§ 6. Hypermnesie 36
§ 7. Paramnesien, Gedächtnistäuschungen und Gedächtnishalluzinationen 40

Zweiter Abschnitt.

Störungen des sinnlichen Begehrens . . 42

1. Kapitel. Störungen des körperlichen Schmerzes und der körperlichen Lust 44
§ 1. Störungen des körperlichen Schmerzes 45
§ 2. Störungen der körperlichen Lust 47

2. Kapitel. Störungen des seelischen Schmerzes und der seelischen Lust . 49
§ 1. Störungen des seelischen Schmerzes 49
§ 2. Störungen der seelischen Lust 51

Seite

3. Kapitel. Anormale Affektzustände 53
§ 1. Die Phobien 53
§ 2. Pathologische Affektzustände und ihre Wirkungen 55
4. Kapitel. Störungen im Triebleben 58
§ 1. Sonderbarkeiten, Zwangsimpulse, impulsive Akte . . . 58
§ 2. Anormale Steigerung des Nahrungs- und Geschlechtstriebes . 62
§ 3. Krankhafte Umgestaltung von Trieben 66
§ 4. Herabsetzung des Triebliebens 67

Dritter Abschnitt.

Störungen des geistigen Erkennens . . 68

1. Kapitel. Die Störungen des Gedankenablaufes 69
2. Kapitel. Störung des Selbstbewußtseins 74
§ 1. Der Begriff vom eigenen Ich 74
§ 2. Desorientiertheit in Bezug auf Zeit und Raum und die eigene soziale Stellung 75
§ 3. Doppelich und wechselnde Persönlichkeit 76
3. Kapitel. Wahnideen und Wahnsysteme 83
Rückblick auf die intellektuellen Störungen 85

Vierter Abschnitt.

Störungen des geistigen Begehrens . . 86

1. Kapitel. Störungen der religiösen und sittlichen Gefühle . . . 87
§ 1. Die religiösen Gefühle und ihre krankhaften Erscheinungen . 88
§ 2. Pathologie der moralischen Affekte 95
2. Kapitel. Störungen in den eigentlichen Willensakten 101
§ 1. Das krankhaft herabgesetzte Wollen 102
§ 2. Die Herabsetzung und Hemmung des freien Willens . . . 107
§ 3. Das krankhaft gesteigerte Wollen 108

Zweiter Teil.

Gruppenstörungen 111

Erster Abschnitt.

Vorübergehende Gruppenstörungen . . 111

1. Kapitel. Das normale Bewußtsein 113
2. Kapitel. Seelische Störungen in der Hypnose 116
§ 1. Übersicht der seelischen Erscheinungen der Hypnose . . . 116
§ 2. Das Gedächtnis in der Hypnose und nach der Hypnose . . 119
3. Kapitel. Störungen bei Vergiftung des Zentralnervensystems . . 124
§ 1. Die akute Alkoholvergiftung 124
§ 2. Chloroform- und Äthernarkose 125
4. Kapitel. Vorübergehende Anfälle psychischer Störung bei Epilepsie und Hysterie 127
§ 1. Epileptische Dämmerzustände und Bewußtlosigkeit . . . 127
§ 2. Bewußtseinsstörungen der Hysterischen 130

Seite

Zweiter Abschnitt.

Dauernde Gruppenstörungen oder geistige Krankheiten . 133
1. Kapitel. Wesen der geistigen Krankheiten 133
2. Kapitel. Die Melancholie 137
3. Kapitel. Die Manie 142
§ 1. Die maniakalische Erregung 143
§ 2. Die Tobsucht 146
4. Kapitel. Die Stupidität oder primäre heilbare Dementia . . . 150
5. Kapitel. Der halluzinatorische Wahnsinn 152
6. Kapitel. Katatonie und periodisches Irresein 154
§ 1. Die Katatonie 154
§ 2. Das periodische Irresein 155
7. Kapitel. Die Verrücktheit (paranoia) 156
§ 1. Das Krankheitsbild 156
§ 2. Wahnideen bei intakter Urteilsfähigkeit 160
§ 3. Die Umbildung des Verfolgungswahns in Größenwahn . . 162
8. Kapitel. Das paralytische Irresein 163
9. Kapitel. Das Irresein der Greise 166
10. Kapitel. Der völlige Ruin im apathischen Blödsinn 168
11. Kapitel. Die Idiotie 170
Schlußwort 172

Erster Teil.

Die Elementarstörungen des psychischen Lebens.

Wir setzen das „psychische Leben" in Gegensatz zum „physischen" und bezeichnen damit Funktionen, die, über den Bereich rein stofflicher, chemisch-physikalischer Prozesse hinausgehend, eine innere Aktivität gewisser lebender Wesen durch Erkennen und Begehren in sich schließen. Dieses Erkennen und Begehren hat nun seine mannigfachen Abstufungen. Zuweilen scheint es über dunkle Empfindungen und dunkle Triebe nicht hinauszureichen, in andern Fällen finden wir die höchsten Formen intellektuellen Erkennens und Wollens.

In der folgenden Darstellung folgen wir der altbewährten Einteilung, die eine sinnliche und eine geistige Erkenntnis, ein sinnliches und geistiges Begehren unterscheidet. Mit den Bezeichnungen Empfindung, Phantasie, Verstand und Wille umfassen wir zunächst nur bestimmte Gruppen von seelischen Funktionen, so daß auch derjenige unserer Darstellung folgen kann, der sich noch nicht zu entschließen vermag, diese Worte mit uns im Sinne von Seelenkräften aufzufassen.

Erster Abschnitt.

Störungen des sinnlichen Erkennens.

Das gesamte sinnliche Erkennen läßt sich in drei Gruppen scheiden: Empfindung, Gedächtnis und Erinnerung, Phantasietätigkeit.

Häufig wird nun bei Behandlung der Elementarstörungen auf die Empfindung keine Rücksicht genommen; wirklich ist sie auch unter allen Seelentätigkeiten weitaus am meisten von materiellen Vorgängen abhängig. Indessen ist gerade die Störung der Empfindung geeignet, uns in die Art und Weise einzuführen, wie sich in psychischen Vorgängen eine Abweichung von der Norm geltend machen kann. Zudem sind die Störungen der Empfindungen nicht so harmlos, wie es oft den Anschein hat, sondern haben zuweilen weitgehende Konsequenzen für das gesamte Seelenleben.

Erstes Kapitel.

Störungen der Empfindung.

Mit dem Wort Empfindung bezeichnen wir eine durch die Sinne stattfindende Erkenntnis sinnfälliger Eigenschaften, sei es an fremden Körpern oder an unserem eigenen Leibe. Ist diese Erkenntnis gestört, so ist die Empfindung gestört. Nun tritt uns eine solche Störung in drei Hauptformen entgegen: als Anästhesie (und Analgesie), Hyperästhesie (und Hyperalgesie), als Parästhesie (und Paralgesie), d. h. entweder als Herabsetzung bzw. Aufhebung der Empfindung, Steigerung der Empfindung und Spontanempfindung.

§ 1. Anästhesie.

Das Wort „Anästhesie" besagt freilich nach seinem Wortlaut zunächst Unempfindlichkeit. Allein in Wirklichkeit bezeichnen wir damit nicht bloß den vollständigen Mangel einer Sinnesempfindung, sondern auch deren Herabsetzung unter das Normalmaß. Einer solchen begegnen wir im Alltagsleben in der Schläfrigkeit, Schlaftrunkenheit und den ersten Stadien des eigentlichen Schlafes. Auch der Mangel der Empfindung ist uns allen aus der Alltagserfahrung bekannt. Die Anästhesie kann entweder natürlich entstanden oder künstlich hervorgerufen sein. Die Störungen, um die es sich dabei handelt, können entweder in den Sinnesorganen selber liegen (peripher bedingte Anästhesie) oder in den leitenden Nervenbahnen (Leitungsanästhesie) oder in den der Empfindung dienenden Zentralorganen (zentral bedingte Anästhesie). Im letzteren Falle sollen die Störungen gewöhnlich nicht den ganzen Körper treffen, sondern bloß einzelne Teile. Dagegen will man in gewissen kataleptischen und Trancezuständen allgemeine Anästhesie gefunden haben. Sicherheit wird man wohl erst dann gewinnen, wenn sich nachweisen läßt, daß trotz starker Eindrücke keine Reflexbewegungen mehr ausgelöst werden.

Am klarsten macht sich die Anästhesie beim Tastsinn geltend. An kalten Wintertagen sind unsere Finger nicht nur starr und steif, sondern auch der Tastsinn ist vermindert. Verdunstung von Äther zieht durch starke Wärmeentziehung die gleiche Erscheinung nach sich. Dies benutzen die Ärzte, um lokale Unempfindlichkeit für kleine und oberflächliche Operationen hervorzurufen. Säure und Alkalien machen bei längerer Einwirkung die Haut „stumpf". Ebenso setzt Blutfülle die Tastempfindlichkeit der Haut herab.

Auch der Temperatursinn der Haut vermag eigentümliche Störungen zu erleiden. Es kann der Sinn für Kälte und Wärme oder bloß für

eines von beiden herabgesetzt werden, ja es kann Wärme als Kälte und Kälte als Wärme empfunden werden. Die Anästhesie (und auch die Analgesie oder Schmerzlosigkeit) braucht übrigens nicht den ganzen Bezirk des Tastsinns zu umfassen, sie kann lokal beschränkt sein und ist es in sehr vielen Fällen. Sehr frappant ist die Hemianästhesie bzw. Hemianalgesie. Dann ist genau die eine Körperhälfte bis zur Mittellinie unempfindlich gegen Druck, Schmerz, Temperatur. Zuweilen zeigen sich (bei Rückenmarkserkrankungen) symmetrisch gelegene Gebiete beider Seiten unempfindlich. Diese Erscheinung heißt Paranästhesie. Bei den Hysterischen zeigt sich eine lokale (segmentäre) Herabsetzung oder Aufhebung der Empfindung in den seltsamsten Formen. Ringförmige, manschettenartige, strumpf- und handschuhförmige Bezirke erscheinen der Empfindung bar, während dicht daneben die Empfindlichkeit ungestört ist. Dabei führen zahlreiche Zwischenstufen von der segmentären bis zur totalen Gefühllosigkeit oder Schmerzlosigkeit.

Eigentümlicher Art und noch wenig aufgeklärt sind die Verlangsamung der Empfindung und die einfache Verdopplung. Im ersten Fall wird ein Nadelstich zuerst als Berührung und erst nach einer kleinen Weile als Schmerz empfunden. Im zweiten Fall erscheint eine Berührung zuerst als normal und wird dann später nochmals als viel stärkerer Reiz empfunden. Sehr häufig begegnet uns eine starke Unsicherheit in der Lokalisation. Es kommt aber auch Verlegung der Empfindungen vor, und zwar entweder auf benachbarte Stellen oder auf symmetrische Stellen der andern Seite, so daß z. B. ein Stich in den rechten Arm im linken Arm empfunden wird.

Tritt nun die Anästhesie auch am häufigsten beim Tastsinn zu Tage, und ist sie hier am besten studiert, so findet sie sich doch auch bei andern Sinnen. So können Geruch und Geschmack bei nervösen Leuten sehr herabgesetzt sein. Das Gehör scheint an manchen Tagen bedeutend abgestumpft, an andern Tagen dagegen schmerzhaft empfindlich. Am Auge tritt völlige Blindheit auf, so unter Umständen nach Chiningenuß, oder die Farbenempfindung erleidet namentlich auf den Seitenteilen der Netzhaut mannigfache Störungen. Alle Dinge erscheinen in derselben gelben oder violetten Farbe. Das Gesichtsfeld scheint bei Hysterischen zuweilen so eingeengt, daß sie bestimmte Dinge gar nicht sehen. Bald scheint das eine Auge völlig erblindet, bald ist bloß die eine Netzhauthälfte desselben mehr lichtempfindlich (Hemianopsie), oder es zeigt sich endlich die gleichseitige Hemianopsie, so daß die beiden rechten oder die beiden linken Netzhaut-

flächen unempfindlich scheinen. Findet eine Herabsetzung der Muskel-, Gelenk- und Gemeinempfindungen[1] statt, so entsteht eine Unsicherheit in der Empfindung von der Lage der Glieder, von ihren Verschiebungen und der Größe ihrer Bewegungen. Dann ist die räumliche Orientierung oft sehr erschwert, besonders wenn sich noch Störungen des Hautsinnes dazu gesellen. Versagt, wie beim Blinden, auch noch das Auge, so wird eine Orientierung unmöglich sein. Wirkliche Anästhesie findet sich wahrscheinlich in gewissen Phasen der Hypnose[2].

Einer wohl bloß scheinbaren Anästhesie begegnen wir bei Hysterischen. Sie scheinen nichts zu sehen, nichts zu hören, nichts zu fühlen. Und doch haben sie wohl gesehen, gehört, gefühlt, aber in ihrer Zerstreutheit und der Enge ihres Bewußtseins nicht darauf geachtet (P. Janet 188 ff). Ähnliche Erfahrungen macht man übrigens genug im Alltagsleben bei zerstreuten Leuten oder bei solchen, die durch irgend einen Gedanken ganz in Anspruch genommen sind. Sie übersehen und überhören vieles. Ähnlich dürfte die Anästhesie durch bloße Suggestion in der Hypnose zu erklären sein.

Enge verwandt mit dieser auf psychischem Grunde entstehenden Anästhesie ist die Mattigkeit und Blässe der Sinneswahrnehmungen bei manchen Melancholischen. Es scheint sich wie ein Schleier über die Außenwelt zu legen; die Gegenstände erscheinen fern, und die Töne kommen, wie sie glauben, geschwächt und aus der Ferne zu ihnen. Wahrscheinlich schwächen die traurigen Affekte und Vorstellungen die Kraft der Empfindungen, so daß sie nicht genugsam im Bewußtsein zur Geltung kommen.

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Empfindung kann nach dem Gesagten entweder eine psychische oder eine physische Ursache haben. Im ersten Fall ist eigentlich die Empfindung vorhanden, tritt aber infolge hemmender Eindrücke anderer Art nicht ins klare Bewußtsein. Die Anästhesie ist eine uneigentliche. Die physischen Ursachen der eigentlichen Anästhesie sind zu suchen entweder im Sinnesorgan oder in den leitenden Sinnesnerven oder endlich im Zentralorgan, den sog. Sinnessphären des Großhirns. Alles, was die Erregbarkeit und Leitungsfähigkeit der Sinnesnerven herabsetzt oder aufhebt, kann so zur Anästhesie führen. Mechanische wie chemische Einwirkungen können dabei tätig sein. Es ist an und für

[1] Unter Gemeinempfindungen versteht man die Empfindungen des eigenen Gehabens oder auch innere Empfindung. Wir werden sie erst recht gewahr, wenn irgend ein inneres Organ in seinen Funktionen Störungen erleidet.

[2] Vgl. Moll, Hypnotismus[2], Berlin 1890, 69.

sich gleichgültig, an welcher Stelle ihres Verlaufs die Sinnesnerven angegriffen seien, bei ihrer Verteilung im Zentralorgan oder beim Eintritt ins Sinnesorgan. Nur die größere oder geringere Ausdehnung und der Ort derselben können verschieden sein. Halbseitige Anästhesie weist auf zentrale Störung hin[1].

§ 2. Hyperästhesie.

Der Anästhesie steht die Hyperästhesie oder Steigerung der Empfindung gerade diametral gegenüber. Im Bereiche des Hautsinnes tritt sie fast ausschließlich als erhöhte Schmerzempfindung auf (Hyperalgesie) und ist als solche bei den Störungen der Gefühle zu behandeln. Sie soll sich einstellen nach Nervenverletzungen peripherer Natur, aber auch infolge zentraler Störungen bei Opiumrauchern. Der Gehörssinn zeigt die Erscheinung der außerordentlich peinigenden Hyperakusie. Das Kritzeln auf einer Schiefertafel, das eigentümliche Geräusch einer Feile, ein gellender Schrei kann einem durch „Mark und Bein gehen", und nervösen Leuten kann jedes Geräusch peinigend werden.

Bekannt ist die Hyperästhesie in gewissen Stadien der Hypnose[2]. Sie erstreckt sich nach den Angaben Molls auf Temperatursinn und Drucksinn. „Der Hypnotische geht mit verbundenen Augen oder bei absolutester Finsternis durch das Zimmer, ohne sich zu stoßen, da er die Gegenstände am Luftwiderstande und den Temperaturdifferenzen erkennt." Nach Bergson war eine Hypnotisierte „im stande, die Zellen eines mikroskopischen Präparates, die 0,06 mm Durchmesser hatten, ohne künstliche Vergrößerung zu erkennen und zu zeichnen". Merkwürdige Steigerung des Geruchssinns wird gleichfalls von verschiedenen Forschern berichtet. „Braid erzählt von einem Falle, wo die Versuchsperson unter einer Anzahl fremder Leute jedesmal dem Richtigen seine Handschuhe gab. Bei Verstopfung der Nase mißlang der Versuch jedesmal."[3] Nach dem französischen Forscher Beaunis würde das Gesicht um das vierzehnfache gesteigert werden können. Diese Steigerung geschieht wohl stets auf Kosten anderer Funktionen und wird wohl auf einseitige Verwertung von Nervenenergie zurückzuführen sein.

Auch Muskel-, Gelenk- und Gemeinempfindungen können krankhaft gesteigert sein. Bei nervösen Kranken steigern sich die Ermüdungs-

---

[1] Vgl. Wagner, Handwörterbuch der Physiologie III, 2. Tl, Art. Krankhafte Störungen in der Tätigkeit des Nervensystems.

[2] Vgl. Proceedings of the Society for psychical Research. IV 532.

[3] Moll a. a. O. 77 ff.

empfindungen oft so, daß sie für dieselben eine wahre Qual werden. Wir finden bei Hypochondrischen ein andauerndes, übertriebenes Krankheitsgefühl, das nicht bei einem Gefühl des allgemeinen Mißbehagens stehen bleibt, sondern mit unangenehmen Empfindungen in jenen Organen verbunden ist, auf die der Kranke seine Aufmerksamkeit richtet. Bei rheumatischen Erkrankungen zeigt sich oft in den Muskeln und entzündeten Gelenken eine außerordentlich starke Hyperalgesie. Die kleinste Bewegung, welche der Gesunde noch nicht einmal wahrgenommen haben würde, wird schon schmerzhaft empfunden.

§ 3. Parästhesie.

Von der Hyperästhesie ganz verschieden ist die Parästhesie oder Spontanempfindung. Sie entsteht im Gegensatz zu ersterer ohne irgend einen äußeren Reiz und hat doch solche Charaktere, daß man leicht für sie einen solchen als Ursache suchen möchte. Das Wort „Parästhesie" ist zu einer ganz ausschließlichen Bezeichnung für die spontanen Reizzustände des Hautsinns oder der sog. niederen Sinne geworden. Einige von diesen Spontanempfindungen sind uns schon in gesunden Tagen bekannt, so das Ameisenkriechen („Eingeschlafensein" der Füße und Hände), Hitzempfindungen und Gänsehaut, das plötzliche „Stumpf- oder Taubsein" des Gefühls, das Pelzigsein, das Jucken, das außerordentlich heftig und peinlich werden kann. Die wichtigste Parästhesie ist der spontane Schmerz, von dem bei den Schmerzgefühlen die Rede sein wird. Eine wichtige Rolle spielen die Parästhesien im Leben der Hysterischen, der Hypochonder und der Neurastheniker (Nervenschwachen) überhaupt.

Folgender Bericht aus Krafft-Ebing (S. 484) über einen Fall von Paranoia masturbatoria mag am besten beleuchten, was ein solcher Kranker alles fühlt: D., Ingenieur, 38 Jahre, ledig, von früher Jugend auf Onanist: „Er spürt ein elektrisches Feuer im Körper, von seinem linken Fuß geht ein Strom hinein. Sein Bett isoliert sich. Er fühlt, wie sein Körper sich in zwei Hälften spaltet; wenn er aus dem Wagen steigt, hat er ein Gefühl, als ob sein Körper in luftigem Zustande hinter ihm zurückbleibe. . . . Auf einer Dienstreise empfindet er plötzlich ein Gefühl, als ob die Speisen aus dem Munde in den linken Fuß hinabgleiten. . . . Er fühlt, wie er seziert wird, Gewebe aus seinem Körper herausgezogen, in verschiedene Teile seines Körpers Gegenstände hineingeschoben, Knochen ihm aus dem Körper gezogen werden. Er fühlt sich magnetisiert, seinen Kopf von Metall."

Solange Anästhesie, Hyperästhesie und Parästhesie nur kurze Zeit dauern und die Ursache derselben entweder dem Kranken persönlich zum Bewußtsein kommt oder vom Arzte ihm eröffnet werden kann, haben sie

keinen eigentlich schädigenden Einfluß auf das höhere Geistesleben. Das unrichtige Urteil, das sich aus der falschen Sinneserfahrung ergeben würde, kann dann mit Hilfe der Wahrnehmung anderer normal funktionierender Sinne durch den Verstand korrigiert werden. Gefährlich werden aber die Empfindungsstörungen sowohl durch ihre Ausdehnung als durch ihre Komplikation und Dauer.

Ribot[1] führt nach Renaudin folgenden Fall einer intermittierenden Hautanästhesie an: Ein junger Mann, dessen Betragen stets ausgezeichnet gewesen war, überläßt sich plötzlich den schlimmsten Trieben. Man konstatierte in seinem Geisteszustand kein einziges Zeichen offenbaren Irrsinns, aber man konnte sehen, daß die ganze Oberfläche seiner Haut vollständig gefühllos geworden war. Sobald diese Anästhesie aufhört, sind die Anlagen des jungen Mannes ganz verschieden; er ist gelehrig, anhänglich und begreift vollständig das Peinliche seiner Lage. Sobald aber die Anästhesie eintritt, werden die bösen Neigungen unwiderstehlich und können bis zum Morde führen. Nach Maudsley wäre die Gefühllosigkeit der Haut nur das äußere und sichtbare Zeichen eines entsprechenden inneren und unsichtbaren Fehlers wie z. B. in der Idiotie. Dieser berühmte englische Irrenarzt will in dieser Anästhesie eine Erklärung des überaus schwierigen Charakters einiger Kinder finden. „Sie können die natürlichen Eindrücke nicht fühlen, sich ihnen nicht anbequemen, geraten mit denselben in Widerspruch, und die verkehrten Affektionen des Ich äußern sich durch die Akte von destruktivem Charakter."

Noch klarer tritt der Einfluß der Empfindungsstörungen bei manchen Irren zu Tage: Sie halten sich für Tiere, Hähne, Wölfe, Bären, Ochsen und gebärden sich danach, krähen, heulen, fallen über andere her. Griesinger erzählt nach Wier aus dem Jahre 1541 das Beispiel eines Mannes aus Padua, der sich in einen Wolf verwandelt glaubte und auf dem Felde die Vorübergehenden anfiel und tötete. „Ich bin wirklich ein Wolf", sagte er, „und daß meine Haut nicht der eines Wolfes gleicht, kommt nur daher, daß sie umgekehrt ist und die Haare nach innen stehen." Offenbar handelte es sich um eine vollständige Umwandlung des Gemeingefühls, um eine ganze Reihe von Parästhesien, verbunden wahrscheinlich mit „dem gebieterischen Auftreten gewisser Triebe und Eigentümlichkeiten einzelner Tiergattungen, z. B. der Grausamkeit und Wildheit des Wolfes" (Griesinger 80). Andere Geisteskranke halten den ganzen Körper für tot oder wenigstens für einen fremden, dem Kranken nicht angehörigen Leib. Esquirol erzählt von einer Frau, welche glaubte, ihren Körper habe der Teufel geholt; die Hautfläche war vollkommen unempfindlich. Foville berichtet von einem Soldaten, der sich seit der Schlacht von Austerlitz, in welcher er schwer verwundet wurde, für tot hielt. Fragte man ihn nach seinem Befinden, so antwortete er: „Sie fragen, wie es dem Vater Lambert gehe; aber es gibt keinen Vater Lambert mehr; eine Kanonenkugel bei Austerlitz hat ihn

[1] Maladies de la personnalité, 10 éd. 1903, 78.

mitgenommen. Was sie hier sehen, ist nicht er, das ist bloß eine nachgemachte, schlechte Maschine; machen Sie doch eine andere." Wenn er von sich selbst sprach, sagte er niemals ich, sondern immer das. Die Haut war unempfindlich, und es kamen mehrmals Anfälle mehrtägiger Unbeweglichkeit und Empfindungslosigkeit vor. Dieser Fall ist von besonderem Interesse, weil er zeigt, wie die Überzeugung von der Identität des gegenwärtigen Ich mit dem früheren sozusagen stückweise verloren gehen und somit die sog. „Spaltung der Persönlichkeit" nach verschiedenen Zeiten grundgelegt werden kann. Auch die Fälle der Verdopplung gehören hierher. So erzählt Leuret[1]: „Ein Mann, der vom Fieber genas, glaubte, daß er aus zwei Individuen bestehe, von denen das eine im Bett war, das andere spazierte. Obgleich er keinen Appetit hatte, aß er viel, weil er, wie er sagte, zwei Körper zu ernähren habe."

Es gibt Kranke, die meinen, ihr Leib bestehe aus Holz, Glas, Wachs, Butter usw. Auch hier sind wohl Gefühlslosigkeit und Spontanempfindungen Ursache der Täuschung. Leichter noch lassen sich in dieser Weise jene Anomalien erklären, in denen es dem Kranken vorkommt, als fehlten ihm einzelne Glieder, als hätte er keinen Kopf oder kein Bein, als wäre der Arm versteinert, der Fuß von Glas. Wieviel ein Wechsel der Spontanempfindung über uns vermag, wenn der Verstand nicht die Kontrolle behält, bemerken wir schon beim Traume, wo die Erleichterung der Atmungsbewegungen uns fliegen läßt oder eine innere Beschwerde wie ein Alp uns niederdrückt.

Zweites Kapitel.

Störungen der Phantasie.

Mit dem Worte „Phantasie" und dem synonymen „Einbildungskraft" bezeichnen wir beim Menschen jene Seelentätigkeit, welche auch dann, wenn die äußeren Sinne nicht in Tätigkeit sind, dennoch Vorstellungen zu bilden, deren Elemente zu scheiden, anders zu kombinieren und so neue Gebilde zu schaffen vermag. Wir dürfen nicht vergessen, daß die Tätigkeit der Phantasie beim Menschen unter der Direktion des Verstandes steht und erst durch sie volle Entfaltung findet und zum Werkzeug der Wissenschaften wie zur mächtigen Förderin der Künste wird. Wir werden der Phantasie die Bildung der Vorstellungen aus den Elementen der Sinneswahrnehmung zuschreiben müssen, ebenso deren Reproduktion. Sind die Empfindungselemente einem Gegenstand angehörig, der eben durch verschiedene Sinne auf uns gewirkt hat, und werden nur diese Empfindungselemente untereinander zum Gesamtbild verknüpft, so entsteht die Sinnesvorstellung. Werden einzelne Elemente einer bestimmten Sinnesvorstellung ausgeschieden und durch andere ersetzt, so entsteht die Phantasievorstellung. Hier ergibt sich

[1] Fragments psycholog. sur la folie 95.

eine innige Verwandtschaft zwischen Gedächtnis und Phantasie. Wo die Reproduktion genau die frühere Vorstellung ohne Abänderung wiedergibt, pflegen wir dieselbe dem Gedächtnis zuzuschreiben, während die durch Kombination, Teilung, Schematisation 2c. entstandenen Gebilde als eigenstes Produkt der Einbildungskraft gelten müssen.

Wir sprechen im gewöhnlichen Leben nicht selten von einer langsamen und trägen, von einer schlechten und verdorbenen, von einer wirren und tollen Phantasie. So vag nun diese Ausdrücke sein mögen, so sind sie doch Fingerzeige für die Störungen, welche wir in Betracht zu ziehen haben. Sie deuten darauf hin, daß es sich bei diesen Störungen bald um den Verlauf der Tätigkeit selber, bald um ihren eigentlichen Inhalt handelt. Entweder geht die Bildung und die Reproduktion der Vorstellungen abnorm langsam bzw. abnorm rasch vor sich oder aber die auftretenden Vorstellungen selber erscheinen ihrem Inhalte nach als etwas Abnormes, das wie eine Störung im ganzen wirkt. In Bezug auf Bildung und Reproduktion von Vorstellungen muß hier noch eine wichtige Vorbemerkung gemacht werden. Sie betrifft die Verknüpfung der Vorstellungselemente und der Vorstellungen untereinander, die Vorstellungsassoziation. Sowohl in der ersten Bildung von Vorstellungen wie bei späteren Wiederbildungen bemerken wir, daß einzelne Elemente und Vorstellungen ohne unser freies Zutun sozusagen einander wecken, sich zu einem Gesamtbild gruppieren oder zur abfolgenden Reihe gestalten, bisweilen sogar untereinander verschmelzen, während in andern Fällen unser eigenes freies Eingreifen nötig wird, um Vorstellungen aneinanderzuketten. Schon Aristoteles kannte die sog. Assoziationsgesetze, nach welchen verwandte und ähnliche, aber auch entgegengesetzte Vorstellungen, sinnliche Bilder von zeitlich oder räumlich nahen Dingen sich leichter verknüpfen. So entstehen sowohl beim ersten Bilden von Vorstellungen wie beim Reproduzieren Reihen, in denen ein Glied das folgende nach sich zieht. Wir haben einen Vorstellungsablauf, der entweder rein unwillkürlich oder rein willkürlich bedingt sein kann, häufig aber beide Momente in sich schließt.

§ 1. Abnorme Langsamkeit und Trägheit in Bildung und Ablauf der Vorstellungen.

Wenn wir von einer langsamen, trägen und lahmen Phantasie sprechen, so wollen wir offenbar damit die Art und Weise bezeichnen, in welcher die Tätigkeit der Phantasie verläuft. Einer schnellen und sichern Bildung und Reproduktion der Vorstellungen — von den Begriffen reden wir hier

nicht — arbeiten vor allem der Mangel an Aufmerksamkeit sowie die Schwäche der Gedächtnisspuren entgegen. Die prompte Abfolge der Vorstellungen wird außerdem gehindert durch den Mangel früherer Verknüpfungen. Die sog. „Denkverlangsamung" ist wohl immer zurückzuführen auf die Langsamkeit und Trägheit, mit welcher die Phantasie arbeitet. Es streiken Steinbrecher, Fuhrleute und Maurer. Wird es ein Wunder sein, wenn der Bau ins Stocken gerät? Wir kennen alle aus der eigenen Erfahrung die Folgen der Ermüdung und Erschöpfung. Träge schleichen die Vorstellungen dahin, und infolgedessen will auch die geistige Arbeit nicht voran. In viel gesteigerterem Maße tritt uns die Verlangsamung des Vorstellungsablaufes entgegen in der Melancholie und in psychischen Schwächezuständen. Aber es sind dabei verschiedene Faktoren im Spiel.

„Die Ursache beim Melancholischen liegt einerseits darin, daß durch die Beschränkung des Vorstellungsinhaltes auf schmerzliche Vorstellungen nur der Stimmung entsprechende im Bewußtsein erscheinen können, anderseits darin, daß beim Melancholischen überhaupt alle psychischen Vorgänge eine Hemmung erfahren haben. Die Verlangsamung des Vorstellens in der Melancholie kann sich bis zu einer temporären Stagnation derselben steigern, die sich in dem trostlosen Gefühl von Stillstand des Denkens, Verdummung, Gedankenlosigkeit, dem Bewußtsein kundgibt. Notwendig kommt es durch die Verlangsamung des Vorstellens zu Langeweile, der Hauptklage der Melancholischen. Es geht hier dem Kranken wie dem Gesunden in einem Erwartungsaffekt. Der mangelnde Wechsel der Vorstellungen läßt in beiden Fällen die Zeit als eine Ewigkeit erscheinen und führt zu manchen zwecklosen, triebartigen Handlungen, die nur durch das Bedürfnis vermittelt sind, die Spannung zu lösen und dadurch auf andere Ideen zu kommen. Das träge Vorstellen in den psychischen Schwächezuständen ist Teilerscheinung allgemeiner Abschwächung der psychischen Energien, namentlich des Gedächtnisses, ferner bedingt durch das Fehlen geistiger Interessen, die den Vorstellungsprozeß anzuregen vermögen, und durch mangelhafte Apperzeption" (Krafft-Ebing 56).

Im angebornen Schwachsinn, in der paralytischen Verblödung, im Irrsinn der Greise usw. wirkt die defekte Hirnorganisation bzw. die Zersetzung oder Altersschrumpfung hemmend auf die Tätigkeit der Phantasie ein, wenn nicht ein plötzlicher Reizzustand des Gehirns halluzinatorische Erscheinungen hervorruft. Endlich haben eine Reihe toxischer Substanzen, wie Alkohol (wenigstens in den späteren Stadien der Einwirkung), Äther, Chloralhydrat, Chloroform, eine Verlangsamung des Vorstellungsablaufes zur Folge[1].

[1] Vgl. Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie III[5] 446 ff und die dort zitierten Arbeiten der Schule Kraepelins.

§ 2. Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes.

Wir reden auch von einer muntern und raschen, einer wilden und rasenden Phantasie. Damit bezeichnen wir nicht nur die Möglichkeit einer gradweisen Steigerung, sondern auch das Vorhandensein von abnormaler Schnelligkeit im Vorstellungsverlaufe.

Gewisse Grade beschleunigter Bewegung der Vorstellungen gehören sicher noch in den Bereich psychischer Gesundheit. Ein Glas Wein kann anregend wirken. Besonders aber schreibt man diese Beschleunigung dem Kaffee und dem Tee zu, wenn sie mäßig genossen werden. Hellpach[1] meint, wir würden nach Teegenuß vollkommener auffassen und leichter assoziieren. Der Gesamtzustand nach Teegenuß wäre der eines behaglichen leichten Phlegmas mit großer geistiger Arbeitsfähigkeit.

Ganz naturgemäß findet sich ein beschleunigter Vorstellungsablauf da, wo das Gehirn, der Sitz der Phantasietätigkeit, in einer gewissen Erregung sich befindet, mag nun diese Erregung dauernd sein oder bloß vorübergehend, mag sie eine eigene Krankheit begründen oder bloß episodisch in irgend einem Krankheitsbilde auftreten. Im Delirium des Fieberkranken, im Alkoholrausche des Trinkers, im Exaltationszustande der Hysterischen wie in der eigentlichen Manie tritt uns diese Eile, dieses Rennen und Jagen der Vorstellungen entgegen.

„Eine Beschleunigung des Vorstellens", sagt Krafft-Ebing (S. 56), „ist allen Exaltationszuständen gemeinsam, und der Schnelligkeitsgrad des Vorstellungsablaufes ist ein wertvoller Gradmesser für die Intensität des Erregungsvorganges im Gehirn. Leichtere Grade dieses Zustandes, analog dem expansiven Affekt des Gesunden und dem Zustand der Weinwarmheit, wo der Wein anfängt, die Zunge zu lösen, kennzeichnen die beginnende maniakalische Exaltation. Sie sind eine Teilerscheinung der allgemeinen Erleichterung und Beschleunigung der psychischen Bewegungen, wie sie beim Maniakus (an der Manie erkrankten) namentlich in der Sphäre des Gedächtnisses sich kundgibt, zum Teil auch bedingt durch den belebenden fördernden Einfluß der hier bestehenden Lustgefühle. Dieser Zustand äußert sich klinisch in größerem Bilder- und Wortreichtum, in geistreichen Beziehungen, witzigen Redewendungen, ungewöhnlicher Redseligkeit und Beredsamkeit und geht unvermerkt über in den abspringenden Ideengang."

Solange Verstand und Wille die Oberhand behalten, ordnend und lenkend einwirken, ist eine gewisse Förderung der geistigen Tätigkeit möglich und nicht abzustreiten. Allein sobald die Schnelligkeit der Vorstellungs-

[1] S. 410. Er unterläßt aber nicht, auch die schädigenden Wirkungen übertriebenen Teegenusses hervorzuheben.

folge einen bestimmten Grad erreicht hat, wird die willkürliche Verbindung der Vorstellungen unmöglich. Dann wirkt allein noch die unwillkürliche Assoziation. Die Phantasie beginnt ein tolles Treiben.

„Wenn nämlich große Mengen von Vorstellungen im Gehirn entstehen und ihr Lauf beschleunigt ist, so ziehen sie zwar lange Reihen nach, und oft kommen hier längst vergessene Bilder und Ereignisse, Worte, Lieder u. dgl. mit der Frische der ersten Intuition wieder herauf; aber indem die Vorstellungen so rasch voneinander gedrängt werden, daß sie nicht in die gehörigen Verbindungen eingehen können, indem ferner durch diese Mannigfaltigkeit der Gedanken (besser: Vorstellungen) leicht auch ein großer Wechsel der Gemütszustände gesetzt wird, entsteht nur höchste Unruhe und eine haltlose Ideenjagd. In deren Strome wird dann alles in bunter Flucht fortgerissen, und es ist ein Zufall, wenn in ihren Wirbeln hie und da die Elemente zu einem barocken Gedanken zusammentreffen, der sich wenigstens noch geistreicher als seine Umgebung ausnimmt" (Griesinger 68).

Dabei bleibt es aber nicht immer. Zuletzt verlieren auch die Gesetze der unwillkürlichen Assoziationen ihre Kraft, regellos geht alles durcheinander, vom Hundertsten ins Tausendste wird der Geist getrieben oder vielmehr von den Wogen der Vorstellungen fortgespült.

„Tritt hierzu Erleichterung im Gebrauch der Sprachwerkzeuge, als Anzeichen einer allgemein gesteigerten, motorischen Erregbarkeit, so übernimmt schließlich der Redefluß völlig die führende Rolle, die sog. Klangassoziationen beherrschen den Vorstellungslauf, jedes innere Band scheint geschwunden. Das ist die im manischen Erregungszustande so häufige Art der Ideenflucht: ‚Theodor — Theologie — Theorie, Marie — Favi — Favina — Okkarina — Lina — China — Chinese — ich tanze Polonaise — nos Póloni non cúramus — das ist das harte Muß — harte Nuß — Schuß — Ruß — Rußland ist abgebrannt — Pommerland — Sommerland — Sonnenbrand — grün ist der Strand, rot ist die Kant — ich bin mit dir verwandt —' usw. hörte ich von einer manischen Kranken, der ich den Namen ihres einzigen Knaben, Theodor, hingeworfen hatte" (Hellpach 320).

Verschieden von der Vorstellungsflucht (Ideenflucht) ist die Zerfahrenheit. Hier fehlt nicht nur der innere Zusammenhang der Vorstellung, sondern selbst die Klangassoziation wirkt nicht mehr. Welches Band die Vorstellungen aneinanderbindet, ist schwer zu sagen. Die Zerfahrenheit ist ein häufiges Symptom bei der jugendlichen Verblödung und kann so stark werden, daß nicht bloß die Sätze in einzelne Worte, sondern diese wieder in sinnlose Silben oder Buchstaben aufgelöst werden. Es ist hier von keinem Weiterschreiten, wie bei der Ideenflucht, die Rede, sondern dieselben Wendungen oder Worte werden oft wiederholt (Stereotypie).

Kraepelin berichtet von der höchstgradigen Form folgendes Beispiel: „ellio, ellio, ellio, altomellio, altomellio, selo, elvo, delbo, helvo, — f, f, f, lieber Vater, f, f, f, lieber Vater, e, e, f — alte und neue f, f — f, f, f — katholische Kirche, w, c, f katholische Kirche — w, c, f usw. in derselben Art. Dabei pflegen zwischendurch gestellte Fragen völlig vernünftig oder doch nach besten Kräften beantwortet zu werden, während der Ideenflüchtige an die letzten Worte der Frage sofort eine neue Klangassoziation anknüpft." Hellpach fügt (S. 320) diesem Zitate eine Unterhaltung bei, die er mit einer mäßig Zerfahrenen gehabt. Seine Zwischenfragen sind in Klammern gesetzt. „(Wie geht es heute?) Sie wissen ja, wie immer. Die Heizung ist noch nicht repariert. Viele Leute haben diese Krankheit. Wenn ich mich nun an den Kopf stoße. Viele Kinder leiden an dieser Krankheit. (An welcher Krankheit?) Die Sie entdeckt haben. Die Heizung heizt, heizt, heizt. Die Stimmen schreien immer mehr. (Hören Sie denn Stimmen?) Ich Stimmen? Nein, bloß Ihre Stimme. Ich esse immer mehr Hechte. Hechte, Heringe, Hechte, Heringe. Viele Heringe haben auch diese Krankheit. Ich habe doch nie rote Haare gehabt. Die Heizung steckt wieder voller Heringe" usw.

Damit haben wir die formellen Störungen des Vorstellungsverlaufs kurz skizziert. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß diese Störungen nicht gesonderte Formen sind, die man streng voneinander scheiden könnte. Es sind künstliche Gruppen, die in mannigfacher Weise ineinander überfließen; nur deshalb aufgestellt, damit wir die Elemente der Störungen um so klarer erkennen und die Belehrung, welche sie uns über die Seelenfunktionen und deren Zusammenhang bieten, leichter verstehen.

Ein Mittelglied zwischen stofflichen und formellen Störungen bilden die Zwangsvorstellungen[1].

§ 3. Zwangsvorstellungen.

Krafft-Ebing charakterisiert sie (S. 59; vgl. S. 472 ff) folgendermaßen:

„Es gibt zahlreiche Gemüts- und Nervenkranke, die darüber klagen, daß sie gewisse lästige Gedanken, deren Ungereimtheit und Ungehörigkeit sie vollkommen einsehen, nicht los werden können, daß diese Gedanken sich beständig in ihr bewußtes, logisches assoziiertes Vorstellen eindrängen, sie in dem Ablauf desselben stören, dadurch beunruhigen, ja selbst sich mit Impulsen zu entsprechenden Handlungen verbinden, die je nach ihrem Inhalt der Betroffene lächerlich oder abscheulich findet. Solche mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewußtsein fixierte Vorstellungen nennen wir Zwangsvorstellungen."

[1] Vgl. S. Weber, Zwangsgedanken und Zwangszustände 1903, und die dort angeführte Literatur.

Drei Momente sind es, welche den Zwangsvorstellungen als solchen eigen sind: sie brauchen nicht auf einem Affekt zu beruhen, können scheinbar ganz unmittelbar auf dem Boden geistigen Wohlbefindens sich bilden. Sie werden als Eindringlinge erkannt und vom gesunden Urteil bekämpft, beharren aber hartnäckig. Sie tragen an sich den Stempel des Zwanges und unterscheiden sich dadurch von bloß haftenden oder immer wiederkehrenden Vorstellungen.

„Ihr Inhalt", sagt Hellpach (S. 321), „ist ein unendlich mannigfaltiger, doch beschränken sie sich bei einer Person regelmäßig nur auf einen einzigen oder eine kleine Gruppe von Gedanken, die den Kranken zeitlebens heimzusuchen pflegen. Am bekanntesten sind die vielfach auch ins gesunde Leben hineinspielenden Manien und Phobien. In der Zahlensucht besteht der Drang, alle Gegenstände zu zählen und die Ergebnisse den verschiedenen Rechnungsarten zu unterwerfen, zu addieren, zu dividieren. Ich kannte einen Menschen, der bei jeder ihm begegnenden Zahl, einer Hausnummer, einer Reklame sich genötigt sah, den zugehörigen Logarithmus aufzuschlagen und sich denselben zu notieren. Von Emile Zola weiß man, daß er auf der Straße alle Laternen zählte und zu den benachbarten Hausnummern addierte. Bei andern treten Namen an Stelle der Zahlen; die kindliche Gewohnheit, die Firmenschilder zu lesen, wird bei ihnen zum quälenden Zwange. Eine andere Gepflogenheit der Kinder, nach allem und allem zu fragen, warum ein Baum gerade da stehe und nicht daneben und ähnliches mehr, begegnet uns verstärkt in der sehr häufigen Grübelsucht. Wieder andern drängen sich seltsame Antriebe auf: während einer Predigt laut zu lachen, einen Menschen zu erwürgen, zum Fenster des dritten Stockes hinauszuspringen, ins Gebet eine Gotteslästerung einzuflechten, im Restaurant einen Spiegel zu zerschlagen. Zur Ausführung kommen diese Zwangsantriebe niemals oder nur die harmlosen aus ihnen."

Dieses letztere ist richtig; aber diese Zwangsvorstellungen-Gedanken und Triebe sind deswegen doch keineswegs harmlos. Bedenken wir, daß ihr Auftreten und noch stärker der Versuch, sie zu unterdrücken, sich vollzieht unter starken Affektäußerungen, die sich bis zu unsinnigen Angstanfällen steigern können; daß auf die Dauer der Widerstand der Vernunft ermüden und erlahmen kann, so muß uns die Zwangsvorstellung schon bedenklich genug erscheinen. Ruhe und Erholung für die geschwächten Nerven des Neurasthenikers sind da dringend geboten. Pierre Janet führt (S. 421 ff) eine Reihe von traurigen Fällen an. Ein junger Mann flieht nach Afrika und läßt sich endlich in einer Irrenanstalt einschließen, nur um der schrecklichen Vorstellung zu entgehen, seine Mutter zu töten. Krafft-Ebing bezeichnet als häufige Ursache solcher Gedanken „das Lesen von Mordtaten, von sensationellem Selbstmord, wobei unsere Fin de siècle-

Presse sich redlich müht, recht eingehend und naturalistisch alle Details des Unglücksfalles oder Verbrechens, womöglich noch mit Illustrationen, zu schildern“ [1]. Der Inhalt der Zwangsvorstellungen ist übrigens sehr verschieden. Bei einigen bloß barock und absurd, bei andern blasphemisch und roh oder erotisch-lasziv, während gewisse Leute von Selbstmordgedanken oder Gedanken, andere ums Leben zu bringen, lange Zeit verfolgt werden. Die erotisch-lasziven Gedanken können natürlich in vorausgehenden sittlichen Gebrechen wurzeln, sie können aber auch bei sittlich tadellosem Leben auftreten und dem Neurastheniker zur bittersten Gewissensangst werden. Besonders gefährlich werden die Zwangsvorstellungen, wenn sich ihnen immer stärker werdende Triebe zugesellen und aus bloßen Bildern die eigentlichen Zwangsimpulse sich herausarbeiten.

Was verleiht nun aber den Zwangsideen die Macht, sich immer und immer wieder dem Bewußtsein aufzudrängen und sich so zu fixieren. Ist es die abnorm starke Intensität der Vorstellungen, ist es ihr Inhalt oder sind es die Angstaffekte, die sich damit verbinden, oder ist es ein Gemisch von allen drei Faktoren?

Bemerken wir zunächst, daß Angstaffekte, welche der Vorstellung vorausgehen, sehr dazu geeignet sind, einer Vorstellung oder Idee, die ihnen Nahrung gibt, Nachdruck zu verleihen, sie in den Vordergrund des Bewußtseins zu schieben und sie immer und immer wieder wachzurufen. Anderseits muß das fortwährende Sichaufdrängen lästiger Vorstellungen selber den Angstaffekt vermehren und so zum primären Angstaffekt sich ein sekundärer hinzugesellen. Wo also von vornherein ängstliches Wesen vorlag und sich noch zufällig angsterweckende Vorstellungen hinzugesellen, ist die Erklärung nicht so schwer. Schwieriger wird die Erklärung, wenn Angstaffekte vorher nicht vorhanden waren, wo also die Zwangsvorstellungen das erstere, Affekte bloß das sekundäre Element bilden. Hier dürften die Bemerkungen Krafft-Ebings (S. 61) einer Deutung den Weg bahnen.

„Unter allen Umständen handelt es sich da, wo solche Zwangsvorstellungen und Angsterscheinungen auftreten, um einen Zustand reizbarer Schwäche im zentralen Nervensystem als Teilerscheinung eines temporären oder dauernden funktionellen Schwächezustands im Gehirn (Neurasthenie). Dies gilt auch für jene bekannten, noch physiologischen [d. h. nicht eigentlich krankhaften] Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse zum Hinabstürzen von Türmen und Felsen, Hinabstürzen anderer u. dgl. Immer treten sie da auf, wo eine relative Erschöpfung durch geistige Überanstrengung, schlaflose Nacht, Nahrungsmangel usw.

[1] Bei Weber a. a. O. 43.

besteht, und verschwinden nach einer Mahlzeit, nach dem Genuß von Spirituosen, gerade wie Agoraphoben [von Platzangst Befallene] und andere derartige Leidende dadurch vorübergehend leistungsfähig werden."

Hier ist offenbar die Nervenschwäche dafür verantwortlich zu machen, daß die auftretende Vorstellung ein eigentliches Gefühl der Angst und Furcht mit seinen Rückwirkungen auf den Organismus hervorruft. Die so entstandene sekundäre Angst mag dann Schuld daran tragen, daß aus vielen durch Assoziation weckbaren Vorstellungen immer die eine sich wieder einstellt und durch ihr hartnäckiges Wiederkehren und die Erinnerung an die früher mit ihr verbundene Furcht die Angst noch steigert. Dabei ist nicht zu vergessen, daß uns eine ganze Reihe von Anknüpfungsmomenten solcher Vorstellungen verborgen bleiben, vor allem halbbewußte Empfindungen und Organgefühle. Sie wirken im stillen des unbeachteten Geisteslebens und treten erst in ihren Wirkungen hervor. Bei dieser Art der Auffassung ist es gar nicht notwendig, dem Inhalt der Zwangsvorstellung als solchem schon eine besondere Intensität zuzuschreiben. Jede Vorstellung, die Unlust zu erwecken im stande ist, vermag sich auf Grund von Nervenschwäche mit einem eigentlich peinigenden Affekte zu verbinden. Dadurch festigt sie sich immer mehr und mehr und gewinnt durch die mit ihr verknüpfte Angst eine höhere Kraft als andere, namentlich ihr entgegenstehende Vorstellungen.

Das bis jetzt Gesagte ist jedoch nicht anwendbar, wenn mit den sich immer wieder aufdrängenden Vorstellungen keinerlei Stimmung sich verbindet, die zu jenen Vorstellungen paßte, z. B. wenn ein bestimmtes Wort, eine Melodie sich affektlos immer wieder aufdrängt. Hier wird es nahe liegen, eine Reizung des Zentralorgans als direkten Grund anzunehmen.

„Auch hier", sagt Krafft-Ebing (S. 60), „handelt es sich offenbar um spontane, durch physiologische Erregung vorstellender Centra entstandene Schöpfungen; denn daß sie nicht auf dem psychologischen Wege der Ideenassoziation entstanden sind, beweist eben ihr fremdartiger, störender Inhalt und ihre Widerstandskraft gegenüber der Assoziationsenergie."

„Man kann leicht einsehen", sagt Weber[1], „welche geistige Ermattung dieser gebieterische Zwang herbeiführt. Auch nur einige Tage von einer Zwangsidee verfolgt zu werden, wäre schlimm genug, eine unerträgliche Last aber müßte es sein, Jahre hindurch einer so tyrannischen Beeinflussung zum Spielball zu dienen. Besonders peinlich und niederdrückend wirkt der Mißerfolg dieser abwehrenden Bestrebungen, wenn es sich um Zwangsvorstellungen handelt, die ein tiefreligiöses und sittlich reines Gemüt erschüttern. Aus Angst, solche Gedanken (z. B. blasphemische) im Bewußtsein Wurzel fassen zu lassen, ruft der Furchtsame sie un-

[1] Zwangsgedanken und Zwangszustände 65.

willkürlich gerade dadurch ins Bewußtsein, was zur Folge hat, daß der einmalige blasphemische Gedanke so nachhaltigen Eindruck erregen kann, daß alle mit den ursprünglichen Vorstellungen assoziierten Wahrnehmungen (z. B. ein Kreuz, ein Heiligenbild usw.) in der Lage sind, diese Angst und damit den Gedanken zu reproduzieren, und der Kreis von Wahrnehmungen, welche diese z. B. blasphemischen Gedanken auslösen, gewinnt immer mehr an Ausdehnung." Dr Kaan sagt ganz richtig: „Je reger eine Vorstellungsreihe betont ist, eine desto intensivere Betonung erfahren in der Norm auch die kontrastierenden Vorstellungen, welche zugleich mit ihr ins Bewußtsein treten. Je mehr jemand um seine seelische Reinheit besorgt ist, mit desto größerem Entsetzen erfüllt ihn ein unreiner Gedanke oder Impuls. Während letzterer bei einem lauen Christen bald wieder aus dem Bewußtsein schwindet, konzentriert der Übereifrige seine gesamte Spannkraft auf die Bekämpfung und Unterdrückung solcher Ideen; gerade hierdurch erzielt er aber das Gegenteil. Seine sexuelle Neurasthenie hat seine Widerstandskraft gegen interkurrierende Assoziationen und noch mehr das Selbstvertrauen erschüttert; zagend unternimmt er den Kampf; nicht genug daran: sein Präkordialdruck läßt ihn von vornherein als unheilvolle Ahnung an einem endlichen Siege verzweifeln."[1]

Die Zwangsvorstellung konnten wir zum Teil als Störung des Vorstellungsverlaufes auffassen. In den Sinnestäuschungen treten uns rein stoffliche Störungen der Phantasie entgegen.

§ 4. Halluzinationen und Illusionen.

Man pflegt Halluzinationen und Illusionen gewöhnlich dadurch zu scheiden, daß man die Halluzinationen für ein reines Gebilde der Phantasie erklärt, denen gar nichts in der Außenwelt entspreche, die Illusionen aber an einen wirklichen Sinneseindruck geknüpft sein läßt, der nur verfälscht wiedergegeben wird. Scharf lassen sich beide kaum sondern. Es würde schwer sein, bei jeder sog. Halluzination das Nichtvorhandensein eines jeglichen Sinneseindruckes nachzuweisen. Es ist doch leicht möglich, daß derjenige, welcher plötzlich „Stimmen" hört, irgend einen schwachen Klang vernommen hat. Noch schwerer würde es sein, nachzuweisen, daß gar kein äußerer Lichteindruck, kein schwacher Schein oder rascher Schatten den Anlaß zur Gesichtshalluzination gegeben, wenn jemand plötzlich Totenköpfe ꝛc. vor sich sieht. Für eine starke Phantasie genügen die leisesten Umrisse, um irgend eine bekannte Figur darin zu erblicken oder vielmehr hineinzulegen. Goethe schaute die abenteuerlichsten Gestalten in den Wolken, für Leonardo da Vinci genügten wenige Risse und Flecken an den Wänden, um die seltsamsten Gebilde und Gruppen darin erkennen zu lassen; durch-

[1] Dr Kaan, Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen (1893) 38 f.

einandergewürfelte farbige Papierschnitzel lassen eine starke Phantasie, Wiesen und Blumen, Häuser und Bäume sehen. Immerhin dürfte es besser sein, nur da von Illusionen zu sprechen, wo der Sinneseindruck, welcher die Sinnestäuschung auslöst, mit dieser eine solche Ähnlichkeit besitzt, daß sie als falsche Deutung desselben aufgefaßt werden kann und nicht einer reinen Schöpfung der Phantasie gleicht. Sodann läßt sich eine reine Halluzination da nicht in Abrede stellen, wo das gesamte Sinnesorgan samt seiner zentripetalen Leitung zerstört ist. „Esquirol beobachtete einen Fall mit atrophiertem Optikus, erweichten Vierhügeln und Zerstörung der Sehstrahlung bis in die Wurzel des Stabkranzes hinein.... (Dennoch) fanden sich bei dem Patienten mannigfache Gesichtshalluzinationen" (Störing S. 56).

Was ist nun das eigentlich Charakteristische der Halluzinationen? Wundt sagt (III[5] 643): „Halluzinationen sind Erinnerungsbilder, die sich von den normalen nur durch ihre Intensität unterscheiden." Besser wohl werden wir sie Gebilde der Phantasie nennen, obgleich natürlich Erinnerungselemente in dieselben eingewoben sind. Nach Esquirol[1] tragen die Halluzinationen nach der Überzeugung der Kranken den Charakter sinnlicher Wahrnehmungen; nach Griesinger sind es subjektive Sinnesbilder, welche nach außen projiziert werden und scheinbare Objektivität und Realität bekommen. Halluzinationen können in den verschiedensten Sinnesgebieten vorkommen. Am häufigsten sind wohl Halluzinationen des Gesichtssinnes, sog. „Visionen" im Sinne der Psychiatrie, ihnen zunächst folgen Gehörshalluzinationen. Relativ seltener sind Halluzinationen des Tastsinns, des Geruchs und Geschmacks (Wundt III[5] 643). Folgendes Beispiel aus Störring (S. 52) möge zur Erläuterung dienen:

Eine Dame, die von einem Verwandten Geld geliehen und es diesem nicht zeitig zurückerstatten konnte, wurde von diesem häufig barsch angefahren. In der Folge verfiel sie in halluzinatorisches Irresein. „Am dritten Tag ihres Aufenthaltes in der Irrenanstalt fing sie an zu halluzinieren: ‚Kommt der Mensch auch hierher, der unverschämte Mensch!' Gefragt, wen sie meine, antwortete sie: ‚Meinen Vetter, er will 's Geld haben. Er sagt: „Wann schaffst Du mir 's Geld?"' Wo ist er denn? ‚Da steht er am Schrank, sehen Sie ihn denn nicht? Sie müssen ihn doch sehen. Wollen Sie mich denn zum Narren haben, ich bin doch nicht verrückt. Sehen Sie, jetzt blinkt er mir zu, ich soll nichts von ihm erzählen, ich soll seine Schlechtigkeit nicht erzählen; er ist ein so schlechter Mensch. Nun erzähl' ich's aber gerade! Da — jetzt streckt er mir die Zunge heraus... Ich sehe nun gar nicht mehr hin; wenn er mir nur nichts tut!' Wandte sie den Blick weg von der Stelle, wo die Gestalt erschienen war, so hörte sie auf

[1] Des maladies mentales I, Paris 1838, 80.

dieselbe zu sehen, sie folgte also den Bewegungen der Augen nicht. Die Gestalt erschien ihr ‚am Schrank', nämlich hinter dem Schrank hervorkommend. Sie fürchtete nämlich, der Vetter könne ihr gefolgt sein, sich versteckt halten und nun plötzlich aus dem Versteck hervorkommen. Stellte sich nun eine Person zwischen die Kranke und die Stelle, wo die halluzinatorische Gestalt lokalisiert war, so daß ein Verdecken der Gestalt hätte eintreten können, so änderte sich die Lokalisation derselben. Dann sah der Vetter der betreffenden Person über die Schulter."

Zwei Momente sind hier charakteristisch und allen eigentlichen Halluzinationen gemeinsam: die Überzeugung von der Objektivität der Erscheinung und die Lokalisation der Erscheinung in den Raum mitten zwischen die umgebenden Gegenstände. Andere Momente sind hier individuell und ändern sich bei andern Halluzinanten. So gibt es Fälle, in denen die Halluzination bloß vor einem Auge erschien. Eine Kranke Sepillis sah in ihren Angstzuständen den Teufel, aber bloß mit dem linken Auge. Schloß sie dieses, so verschwand die Schreckgestalt. Bei einigen erscheint bloß ein flächenhaftes Bild, andern hingegen die körperliche Wirklichkeit, aber diese wiederum entweder ganz solid, die übrigen Gegenstände verdeckend, oder aber durchscheinend, geisterhaft. So sah, wie Wundt (III^5 647) erzählt, ein von Gehirnkrankheit heimgesuchter Waldaufseher, aller Orten Holzstöße liegen, aber trotzdem sagt er, sehe er die andern Gegenstände Möbel, Tapete des Zimmers, vollkommen deutlich. Störring führt (S. 51) diese letztere Art, welche besonders in der Rekonvaleszenz sich finden soll, auf ein allmähliches Abklingen der Gesichtshalluzinationen zurück. Bewegt der Halluzinant seine Augen, so folgen die Erscheinungen den Augen oder aber sie verschwinden.

Zuweilen lassen sich als Ausgangspunkte von Gesichtshalluzinationen krankhafte Prozesse im Sinnesorgan oder an der Sehleitung aufweisen. So bietet Uhthoff[1] sieben Krankheitsgeschichten, in welchen Erkrankungen des Sehorgans Gesichtstäuschungen auslösten. Er bemerkt auch, daß speziell einseitigen Gesichtshalluzinationen, wenn auch keineswegs immer, eine periphere Augenveränderung zu Grunde liege. Zugleich warnt er aber davor, bei Halluzinationen, jede pathologische Veränderung des peripheren Sehorgans als „ätiologisch bedeutsam anzusehen", d. h. ihr eine positive Einwirkung auf das Entstehen der Halluzination zuzuschreiben.

„Wichtig ist, daß bei allen Beobachtungen Uhthoffs der Inhalt der Gesichtshalluzinationen von den Gedanken und Vorstellungen des Kranken unabhängig

[1] Beiträge zu den Gesichtstäuschungen bei Erkrankungen des Sehorgans, in Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 1899.

war. Die Patienten hatten das Bewußtsein von der Nichtrealität ihrer Halluzinationen, sie kamen zu dieser Erkenntnis durch Urteil und Überlegung. Meist konnten die halluzinierten Objekte von den wirklichen durch bestimmte Merkmale unterschieden werden." [1]

Statt komplexer Halluzinationen treten häufig auch elementare auf, wie Lichtblitze, Feuersäulen, Regenbogenfarben und ähnliches.

Fast ebenso wichtig wie die Gesichtshalluzinationen sind die Halluzinationen des Gehörs. Auch hier können die Täuschungen entweder elementarer Natur sein oder komplexe Gestalt annehmen. Das Hören einfacher Klänge, Knallen, Schießen, Wasserrauschen und ähnliches geht zuweilen jahrelang einer mit komplexen Halluzinationen verbundenen geistigen Erkrankung voraus. Schwindet eine solche Geisteskrankheit allmählich, so bilden oft elementare Täuschungen die letzten Reste der früheren Halluzination (Störring S. 39). Komplexe Halluzinationen bieten hie und da abgerissene Worte, aber auch ganze Sätze und Reden. Im Verfolgungswahn sind es Schelt- und Schimpfworte, die ertönen, beim Größenwahn glückverheißende Stimmen. Einem Beispiel komplexer Gehörshalluzination in Verbindung mit einer Gesichtshalluzination begegneten wir oben. Wir wollen noch nach Störring (S. 42 f) zwei besondere Formen von Gehörshalluzinationen anführen: das Gedankenlautwerden und das Doppeldenken. Der Fall des Gedankenlautwerdens betrifft einen protestantischen Geistlichen, der durch den plötzlichen Tod seiner Frau und durch Kummer und Verdruß in seiner Berufstätigkeit einer psychischen Störung verfallen war. Er hörte seine eigenen Gedanken in Stimmen und beschrieb seinen Zustand den Ärzten schriftlich in folgender Weise.

„Die Stimmen kamen aus den Ecken der Zimmer, aus der Erde im Garten, sie kamen aus dem Keller, sie kamen aus dem Wasserrauschen, sie kamen aus den Füßen der Menschen, ... sie kamen aus den Wänden. Es waren schnurrende Spinnrad- und Brummkreiselstimmen, es waren trompetenartige Stimmen, es waren dumpfe, hohl tönende Stimmen, es waren Stimmen mit dem Charakter, den der Ton des Gegenstandes hatte, aus dem die Stimmen entstanden waren.... Hier im Saale bin ich nun schon 2½ Jahre und höre fast täglich, stündlich, daß Stimmen da sind, die auch hier bald aus den Winden, bald aus dem Gehen, bald aus dem Teller zusammentönen, bald aus dem Rauschen der Bäume, bald aus dem Fahren der Eisenbahnräder und anderer Wagenräder kommen. Ich höre die Stimmen nur, wenn ich acht darauf gebe, ich höre sie aber", sie riefen ihm

[1] Gaupp, Referat über Uhthoffs Beiträge in Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane 1900 (23) 240.

laut in die Ohren, was er denkt und erlebt hat, „ganz genau und ganz reell mit der Wirklichkeit und der Vergangenheit auf das wahrhaftigste übereinstimmend".

Die von Störring durch Sperrdruck hervorgehobenen Stellen sind wichtig. Sie zeigen, daß die eigenen Gedanken des Kranken halluzinatorische Gestalt angenommen, daß sie mit allerlei Gegenständen, die ein Geräusch verursachen, in Beziehung gebracht und in diesen lokalisiert werden, daß sie abhängig sind von der wachsenden Aufmerksamkeit. In der Phantasie des Kranken wurde wahrscheinlich bei steigender Aufmerksamkeit das Lautbild seiner Vorstellungen besonders stark, übertrug sich unter Erregung des peripheren Organs auf die Außenwelt und verknüpfte sich systematisch mit andern Geräuschen. Verwandt mit dem Gedankenlautwerden ist das Doppeldenken[1].

„Von Doppeldenken", sagt Störring (S. 45), „spricht man meist da, wo dem Kranken derselbe Gedanken einmal so, wie er in der Norm vorhanden ist, und sodann auf Grund einer Gehörshalluzination als Gehörswahrnehmung also doppelt gegeben erscheint. Am häufigsten und deutlichsten tritt dieses Doppeldenken beim Lesen und Schreiben hervor, und zwar verhält sich die ‚Stimme' beim Lesen meist so, daß sie alles, was der Kranke liest, nachspricht, beim Schreiben stets so, daß das, was der Kranke schreibt, ihm von der Stimme vorgesprochen wird."

Dies läßt sich insofern leicht erklären, als bei Leuten mit auditivem Charakter — und dahin gehören offenbar diejenigen, welche zu Gehörshalluzinationen neigen — das Klangbild des Wortes sogleich vom gesehenen Schriftbild geweckt wird, seinerseits aber dem motorischen Zeichenbild, wie es zum Schreiben nötig ist, voraufgeht.

Da die Halluzinationen der niedern Sinne für das psychische Leben nicht so wichtig sind wie die der höheren, so gehen wir nicht weiter auf sie ein. Bemerkt sei nur, daß nach Krafft-Ebing (S. 116) bei Irresein auf masturbatorischer Grundlage sowie bei sexuellen Erkrankungszuständen von Frauen auffallend häufig Geruchshalluzinationen sich einstellen.

Aber wie entstehen überhaupt Halluzinationen und wie erklärt sich ihr spezifischer Inhalt?

Allgemein wird angenommen, daß zunächst eine Erregung der zentralen Sinnesflächen, d. h. überhaupt ein Reizzustand des Gehirns der Halluzination zu Grunde liege. Wundt sagt (III[5] 643):

[1] Vgl. Binswanger, Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten in dem von Binswanger und Siemarling 1904 herausgegebenen „Lehrbuch der Psychiatrie" 8 f.

„Ihre häufigsten physiologischen Ursachen sind Hyperämie der Hirnhäute und der Hirnrinde, die Einwirkung toxischer Substanzen wie Morphium, Haschisch, Alkohol, Äther, Chloroform usw., endlich die bei tiefen Ernährungsstörungen oder bei gänzlichem Nahrungsmangel eintretende Anämie des Gehirns. Die gleichartige Wirkung scheinbar so verschiedener physiologischer Einflüsse beruht, wie man nach der Analogie mit andern Fällen automatischer Reizung annehmen darf, darauf, daß sich Zersetzungsprodukte der Gewebe in der blutreichen Hirnrinde anhäufen, welche zunächst die Reizbarkeit derselben erhöhen, dann aber auch selbst eine Reizung hervorbringen können." Hinzuzufügen wären noch Ursachen mehr psychischer Art, wie starke Affekterregungen und schon bestehende Wahnvorstellungen (Binswanger a. a. O. 9 ff).

Dieser Reizzustand genügt aber noch keineswegs dazu, um der Vorstellung nicht bloß große Intensität, sondern auch den Charakter wirklicher objektiver Wahrnehmungen zu verleihen. Man nimmt daher an, daß eigentümliche Empfindungen in den Sinnesorganen hinzutreten, die vom Gehirn her, zentrifugal ausgelöst seien. Daß dies möglich sei, darauf scheinen die verschiedenen Empfindungen der Hypochonder hinzuweisen. Endlich wirken oft Halluzinationen auf andern Sinnesgebieten assoziativ mit. Nicht zu vergessen ist, daß auch wirklich von außen kommende Sensationen auslösend tätig sein können.

Bei der „Verdopplung der Halluzinationen" durch ein Prisma handelt es sich wahrscheinlich um eine bloße Assoziationserscheinung. So darf man wenigstens aus den sinnreichen Versuchen schließen, die Bernheim über suggerierte Halluzinationen der Hypnose angestellt. War der Blick des Halluzinanten so gerichtet, daß in sein Gesichtsfeld wirkliche Gegenstände fielen, die beim Blick durch das Prisma verdoppelt erschienen, z. B. ein Baum, ein Kirchturm usw., dann erschienen auch die Halluzinationen verdoppelt. War der Blick aber gegen den wolkenlos blauen Himmel gerichtet, an dem keinerlei Verdopplung unterschieden werden konnte, so blieb auch die Verdopplung der Halluzination aus.

Der Inhalt der Halluzination hängt vielfach ab von lebhaften Erinnerungen, von schon bestehenden Wahnideen, von Gemütszuständen, von Körpergefühlen und Empfindungsstörungen. Das letztere gilt namentlich von Halluzinationen des Tastsinns, z. B. beim Gefühl mancher Kranker, über dem Bette zu schweben oder in der Luft zu fliegen. Vold[1] macht darauf aufmerksam, daß wir im Schlafe eigene Zustände auf andere Per-

[1] Über Halluzinationen vorzüglich Gesichtshalluzinationen auf der Grundlage von kutan-motorischen Zuständen und auf denjenigen von vergangenen Gesichtseindrücken, in Zeitschrift für Psychiatrie LVII 834—865.

sonen übertragen. Es dürfte also nicht als unwahrscheinlich gelten, daß auch bei Wachhalluzinationen psychisch Kranker ähnliches vorkommt. Dann könnten unter Umständen die Fratzengesichter, welche bei Epileptikern halluzinatorisch erscheinen, sich auf Veränderungen zurückführen, welche beim Kranken selbst vorkommen, aber von diesem nach außen verlegt werden.

Drittes Kapitel.

Störungen des Gedächtnisses.

Unter dem Sammelnamen des sinnlichen Gedächtnisses begreifen wir sowohl die Funktion des Merkens oder Behaltens sinnlicher Eindrücke und Vorstellungen als der spontanen und willkürlichen Reproduktion und des eigentlichen Wiedererkennens.

Erinnerung (Reproduktion) und Wiedererkennen sind innig miteinander verbunden. Ohne Wiedererkennen der reproduzierten Vorstellung als einer schon einmal gehabten ist von eigentlicher Erinnerung keine Rede, anderseits ist ein Wiedererkennen von Orten, die man gesehen, Personen, mit denen man verkehrt, nicht möglich ohne Erinnerung der früheren Situation. Daß der Verstand beim Wiedererkennen eine wichtige Rolle spielt, ist klar.

Wie ist es zu erklären, wenn wir einen Ort, eine Person nicht wiedererkennen? Offenbar decken sich Erinnerungsbild und Wahrnehmungsbild nicht mehr. Der Mangel kann davon herrühren, daß die gegenwärtige Wahrnehmung kein getreues Bild bietet bzw. die Phantasie auf Grund von Stimmung ꝛc. verfälschend wirkt, oder aber der Defekt führt sich zurück auf mangelhafte Reproduktion der Erinnerungsbilder. Oft müssen eine ganze Reihe von Situationen in Ort und Zeit reproduziert und die dazu gehörigen Stimmungen früherer Tage wachgerufen werden, bis ein Gesamtbild der Erinnerung sich ergibt, das der jetzigen Wahrnehmung entspricht bzw. diese zu ergänzen vermag [1].

Wir brauchen also die Störungen des Wiedererkennens nicht gesondert zu behandeln.

§ 1. Störungen der Merkfähigkeit — Gedächtnisschwäche.

1. Die gewöhnliche Sprache bezeichnet das Vermögen, Ereignisse oder Vorstellungen so aufzubewahren, daß man sie später willkürlich reproduzieren kann, als die Fähigkeit, etwas zu „behalten", die „Merkfähigkeit". Es gibt nun eine Reihe von Fällen, in welchen diese Merkfähigkeit vermindert

[1] Vgl. Gießler, Die Identifizierung der Persönlichkeiten, in Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Philosophie XXIV (3), 1900, 299—312.

oder aufgehoben erscheint. Die Neurasthenie mit ihren abnormen Ermüdungserscheinungen und großen Schwächen der höheren Nervenzentren, die progressive Paralyse mit ihren Schwächeerscheinungen in der Auffassung wahrgenommener Gegenstände und Einreihung der neuen Erfahrung in die schon gewonnenen Erinnerungsschätze, die Altersschrumpfung des Gehirns, liefern Beispiele genug von verminderter oder aufgehobener Merkfähigkeit. Wie leicht geschieht es doch, daß ein Altersschwacher dieselbe Geschichte kurz nacheinander drei-, viermal erzählt! Moderne Wissenschaft hat für das Nachlassen oder Schwinden der Merkfähigkeit den Namen anterograde Amnesie vorgeschlagen. Glücklich gewählt scheint dieser Ausdruck nicht zu sein. Besser ist es wohl, das Schwinden der Merkfähigkeit als eine Störung in der klaren Auffassung zu betrachten. In Wirklichkeit weist eine herabgesetzte Merkfähigkeit immer auf zwei Faktoren hin. Erstlich konstatiert man leicht, daß auch die Aufmerksamkeit eine geringe ist, ja daß es oft solchen Leuten unmöglich ist, längere Zeit aufmerksam zu sein. Sodann bemerkt man, daß sie auch jetzt nicht im stande sind, frühere Vorstellungen prompt in der Erinnerung wachzurufen. Unmöglichkeit, längere Zeit aufzumerken, findet sich bei den verschiedensten pathologischen Zuständen und dürfte in sich einfach ein Zeichen von Schwäche darstellen, mag diese nun vorübergehen oder andauern, bloß funktioneller Natur oder anatomisch begründet, angeboren oder erworben sein. Sie reicht, wenn bloß vorübergehend und funktioneller Natur, weit in die Marken psychischer Gesundheit hinein. Der zweite Faktor, nämlich die Unmöglichkeit, gewisse frühere Vorstellungen wachzurufen, ist bereits ein eigentlicher Mangel des Gedächtnisses, der sich auf die vergangenen Erfahrungen bezieht, die Einreihung der gegenwärtigen Erlebnisse in den früheren geistigen Besitz erschwert und damit die spätere Wiedererinnerung in Frage stellt. Eine solche Kranke sagte: „Ich sehe die Dinge, aber ich erkenne sie nicht" (Störring 226). Wirklich brauchte es abnorm lange Zeit, bis sich die Kranke der nötigen Daten erinnern konnte, welche ein Wiedererkennen ermöglichten. Wir haben es also bei dieser verminderten Merkfähigkeit mit einer Kombination verminderter Aufmerksamkeit und erschwerter Auffassung zu tun. Ob sich dazu noch eine Unmöglichkeit, wirklich Erfaßtes und Assoziiertes aufzubewahren, hinzugesellt, wird wohl schwer zu entscheiden sein. Eine Herabsetzung der Merkfähigkeit zeigt sich des öfteren bei Gehirnverletzungen oder Erschütterungen.

Als Beispiel diene ein Fall aus Ribot: „Ein Maschinist eines Dampfschiffes fällt auf den Rücken, sein Hinterkopf stößt auf einen harten Gegenstand, er bleibt eine Zeitlang bewußtlos. Zu sich gekommen, erhält er ziemlich bald

seine physische Gesundheit wieder; er behält die Erinnerung an die Jahre, die bis zu seinem Unglück verflossen sind; aber von diesem Augenblick an existiert sein Gedächtnis nicht mehr, nicht einmal für die ganz persönlichen Vorkommnisse. „Bei der Ankunft im Hospital, kann er nicht sagen, ob er zu Fuß, zu Wagen oder mit der Eisenbahn gekommen ist. Beim Herausgehen vom Frühstück weiß er nicht mehr, was er soeben getan. Er hat keine Idee von der Stunde, vom Tage, von der Woche. Er sucht durch Nachdenken die Antwort auf die Fragen zu finden, es gelingt ihm nicht. Seine Sprache ist langsam, aber präzis. Er sagt, was er sagen will, und liest korrekt.“ [1] Der Kranke genas nach gediegener Behandlung.

2. Jene beiden Faktoren, welche die Merkfähigkeit herabsetzen, Mangel an Aufmerksamkeit und an klarer Auffassung, bedingen nun ihrerseits eine gewisse Schwäche der Erinnerungsbilder. Diese besitzen nicht genug Kraft, um sich andern Eindrücken gegenüber in ihrer Individualität zu behaupten. Ebenso muß natürlich eine Gedächtnisschwäche entstehen, sobald der Mangel in der Verknüpfung mit andern Wahrnehmungen und Erlebnissen einen höheren Grad erreicht. In vielen modernen Artikeln über Gedächtnis wird unter dem Wort Gedächtnisschwäche bereits das ganze Gebiet der Amnesien mit einbezogen. Doch erscheint es im Interesse klarerer Darstellung wünschenswert, Gedächtnisschwäche und eigentliche Erinnerungslosigkeit (Amnesie) zu scheiden. Wo die Reproduktion der Vorstellungen infolge der Schwäche der Gedächtnisbilder bloß erschwert erscheint und so mehr Hilfsmittel und mehr Zeit erfordert, ist es angezeigt, von Gedächtnisschwäche, nicht von Erinnerungslosigkeit zu reden.

Das ist z. B. der Fall bei der Kranken, von welcher Störring spricht (S. 226): „Forderte man sie auf, vorgehaltene Gegenstände wie Schlüssel, Hammer, Messer usw. zu benennen, so stellte es sich heraus, daß die Benennung abnorm viel Zeit in Anspruch nahm. Die Erkennung, welche Zeit die vorgehaltene Uhr anzeigt, nimmt 5 Minuten in Anspruch.“

Diese Herabsetzung und teilweise Hemmung der Reproduktionsfähigkeit soll öfters in Fällen von Stupor vorkommen. Krafft-Ebing schreibt (S. 63): „Die erschwerte oder temporär unmögliche Reproduktion ist Teilerscheinung allgemeiner Hemmung der psychischen Vorgänge (Melancholie, Cerebrasthenie [Gehirnschwäche]), mehr oder weniger tiefer Erschöpfung des psychischen Organs (geistige Ermüdungs-, Erschöpfungszustände) und zum Teil zurückführbar auf Mattigkeit der äußeren Eindrücke, mangelhafte Betonung der Vorstellungen, geschwächte oder gehemmte Ideenassoziation. Der Kranke ist sich dieser Störung bewußt und empfindet sie peinlich.“

[1] Laycock, On certain disorders and defects of memory bei Ribot, Maladies d. l. mémoire 62.

§ 2. Das Stutzen des Gedächtnisses.

Wohl jedem von uns ist es schon begegnet, daß ihm im entscheidenden Augenblicke das rechte Wort nicht kam, daß er mitten in der Rede stutzte und nicht so fließend weiterfahren konnte, wie er es gewünscht. Selbst das genau geschriebene und einstudierte Wort ist entfallen. Der Faden ist verloren, man ist „aus dem Kontext gekommen". Oft wird man finden, daß irgend ein plötzlicher Sinneseindruck, die Wahrnehmung eines eintretenden Bekannten, oder auch die ängstliche Sorge: Was kommt jetzt? schuld trug am Stutzen des Gedächtnisses. Der naturgemäße Verlauf der Assoziationen ward unterbrochen und damit die fehlerlose Reproduktion gestört. Die genannten Erscheinungen des Alltagslebens gehören noch in die physiologischen Gesundheitsbreiten.

Einen eigentümlichen, in seiner Art klassischen Fall schildert Adamkiewicz[1]. Ali Hussein Beg aus der Herzegowina, Student der Veterinärkunde, konsultierte ihn im Juni 1896, weil sich auf Grund von Sorgen, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Erschöpfung, verbunden mit einem ständigen Angstgefühl, die Unmöglichkeit einstellte, die Gedanken auf einen bestimmten Punkt zu konzentrieren. Um einige Zeit lesen und das Gelesene erfassen zu können, sah sich Ali gezwungen, die Nacht abzuwarten, wo nichts ihn mehr stören konnte, und dann die Lampe so zu verhüllen, daß das Licht gerade nur auf das fiel, was er eben studieren wollte.

„Läßt man ihn in seiner Muttersprache berichten, so merkt man an dem Fluß der Rede, an dem Behagen, mit dem er spricht, an der Lebhaftigkeit seiner Gebärden, daß es ihm weder an dem notwendigen Gedankenvorrat noch auch an Worten fehlt, ihnen Ausdruck zu geben, und daß Logik und Erinnerungsvermögen unter gewöhnlichen Umständen, d. h. wenn er ruhig ist und die Wage seines Denkmechanismus sich im Gleichgewicht befindet, vollkommen ausreichen, ihre Aufgabe zu lösen. Anders wird das Bild, wenn ich den Kranken ‚stelle'. Solange er ungestört über diesen oder jenen Punkt berichtet, rollt der Bericht, wie gesagt, glatt ab wie der Faden von einer einmal in Bewegung gesetzten Spule. Unterbreche ich seiner Rede Fluß dagegen plötzlich durch eine dazwischengeworfene, ganz neue Frage, die ihn zwingt, den gewissermaßen mechanisch ablaufenden Gedanken zu unterbrechen und auf einen Seitenweg abzulenken, dann hört die Spule nicht nur zu rotieren auf, sondern der ganze auf ihr aufgewickelt gewesene Faden ist jählings abgerissen. Der Kranke weiß jetzt nicht nur nichts mehr von dem, was er eben gesprochen hat, auch die neue an ihn gerichtete Frage dringt in seinen Intellekt nicht mehr ein. Und man sieht, wie ihn die neue Frage frappiert und aus dem Text bringt, wie er sie mit seinen geistigen Augen wie etwas ganz Fremdes bestürzt anstarrt, ohne sie zum Inhalt eines Begriffes, einer Vorstellung oder gar eines Gedankens machen zu

[1] Die Großhirnrinde als Organ der Seele, Wiesbaden 1902, Bergmann, 18 ff.

können. ... Und so stark, so vollkommen ist in solchen Momenten die Gedächtnisstutzigkeit, daß der Kranke ebensowenig sagen kann, was er vor einer Stunde getan hat, als wonach er eben erst gefragt worden ist. Ja, er hat das Jahrhundert vergessen, in dem er lebt, die Straße, in der er wohnt, und weiß sich nicht einmal auf seinen eigenen Namen zu besinnen. Von einem Verlust des ganzen Bewußtseins während eines solchen Anfalls von ‚Lethymie', wie ich diesen Vergeßsuchtzustand nennen will, ist durchaus nicht die Rede. Der Kranke ist sich während desselben seiner Lage sehr wohl bewußt. Man sieht es seiner Haltung, seiner Gebärde, seiner Ungeduld und seiner Erregung an, wie sehr ihn dieser Zustand peinigt, wie sehr ihn derselbe moralisch deprimiert." Adamkiewicz fügt bei: „Soweit mir die Literatur bekannt ist, ist das eben beschriebene Leiden bisher nicht beobachtet worden."

Dem mag immerhin so sein, wenn man das Leiden als eine Störung des Gedächtnisses auffaßt. Betrachtet man hingegen dasselbe als eine Störung des Vorstellungsablaufes, so findet man tagtäglich eine Reihe von analogen Fällen, die für den Lehrer wie den Seelsorger von eminenter Bedeutung werden können.

§ 3. Sprachstörungen auf Grund von Erinnerungslosigkeit (amnestische Aphasien und Paraphasien).

Die eigentliche Amnesie, das Fehlen der Erinnerung, beruht entweder auf einer bloßen Hemmung der Reproduktion der in Wirklichkeit virtuell noch vorhandenen Vorstellung oder aber aus einem wirklichen dauernden Ausfall der betreffenden Vorstellungen. Im zweiten Fall ist das Gedächtnis meistenteils für immer verschwunden, im ersteren Fall ist die Unmöglichkeit der Reproduktion meist nur eine zeitweise und wird binnen kürzerer und längerer Frist gehoben. Die Unterscheidung ist auch insofern wichtig, als einer bloß zeitweisen Hemmung auch eine bloß funktionelle Störung, einem dauernden Verluste dagegen eine schwere destruktive Erkrankung des Gehirns zu Grunde liegt. Die Mitte zwischen beiden halten jene amnestischen Aphasien, welche ebensowohl von Erkrankung einzelner Herde wie von diffusen Erkrankungen des Gehirns ihren Ausgang nehmen können. Im Krankenbild dieser Amnesie steht das Nichtsprechenkönnen im Vordergrund. Es gab ihr den Namen amnestische Aphasie, d. h. Sprachlosigkeit, die auf Erinnerungslosigkeit beruht. Diese Amnesie ist eine bloß teilweise, sie löscht nicht alle Erinnerungen, sondern bloß die der Sprachvorstellungen aus. Wir geben im folgenden eine Schilderung der amnestischen Aphasie nach Hellpach (S. 249):

„Die Erinnerung an die Bezeichnung der Objekte ist verloren gegangen. Die Sprache an sich ist ungestört, die Kranken sprechen fließend nach; nur die

Worte für die einzelnen Dinge fallen ihnen nicht ein; die Muttersprache erscheint wie ein fremdes Idiom, das man schlecht beherrscht. Auch hier kennen wir verschiedene Grade des Unvermögens: es sind häufig nur die Bezeichnungen für Erinnerungsbilder, die ausfallen, während Sinneseindrücke noch ohne Schwierigkeit und richtig benannt werden; in andern Fällen bedarf es eines komplexen Eindruckes, um den Sprachlaut zu erwecken: eine gesehene Tischglocke wird erst richtig bezeichnet, wenn man mit ihr läutet. Auch kann sich die Amnesie auf einzelne Wortgruppen beziehen, auf Ziffern, Städtenamen, Hauptwörter."

Als Beispiel möge uns der klassische Fall von Grashey[1] dienen.

Ein 27jähriger Mann hatte durch Sturz von der Treppe einen Schädelbruch erlitten. Die Folge war fast völliger Verlust des Gehörs am rechten Ohr, des Geschmacks, völliger Verlust des Geruchs, fast völliger Verlust der Wahrnehmungskraft des rechten Auges, allerlei Lähmungen. Zudem zeigte sich in der ersten Zeit nach dem Unfall, daß der Patient an ihn gerichtete Fragen nicht verstand und in ganz anderem Sinne beantwortete.

Grashey schildert den Befund bei einer späteren Untersuchung folgendermaßen: „Der Kranke kennt alle Gegenstände, welche er vor der Erkrankung kannte, sofort wieder; aber er vermag auch nicht einen derselben zu benennen. Legt man ihm z. B. ein Messer vor, so sagt er, daß er es kenne, und fügt hinzu: ‚Das ist, womit man so macht' (dabei macht er die Bewegung des Schneidens). So oft er auch das Messer betrachten und befühlen mag, den Namen weiß er nicht zu finden. Personen, welche er früher kannte, erkennt er sofort wieder, ihre Namen kann er aber nicht nennen. In der Regel findet er auch in der Erzählung die Substantiva nicht und gebraucht dafür den Ausdruck ‚Dingsda'. Macht man ihm mit einem Objekt eine bekannte Manipulation vor, so weiß er das betreffende Zeitwort nicht anzugeben. Ebenso ist es mit den Eigenwörtern: er erkennt z. B. alle Farben, weiß sie aber nicht zu nennen. Daß er die Objekte, deren Namen er nicht nennen konnte, wirklich kannte, war leicht nachzuweisen; er fand nämlich für jedes Objekt den Namen, wenn man ihm eine Reihe von Namen und darunter auch den fehlenden vorsagte oder vorschrieb. Dabei verstand der Kranke alle ihm vorgesprochenen Worte und wußte den Sinn der ihm vorgesprochenen Sätze richtig und prompt zu erfassen. Er versteht insbesondere auch ohne alle Schwierigkeiten die ihm vorgesprochenen Worte und Namen, welche er beim Anblick des Objektes nicht finden konnte." Hinzuzufügen ist noch, daß der Kranke die gesuchten Worte fand, wenn er Schreibbewegungen machen durfte (Störring 139), daß er nichtsinnliche Eigenschaften besser zu nennen vermochte als sinnliche (ebd. 145). Seine Erinnerung für Klangbilder, für Objektbilder, für Schriftzeichen war abnorm schwach (ebd. 134).

---

[1] Über Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung, in Archiv für Psychiatrie XVI 694 ff. Weitere Literatur über den genannten Fall bei Wundt I[5] 315.

Was fehlte dem Kranken? Was hatte er vergessen? — Die Klangbilder? Nein; denn er erkannte das vorgesagte Wort und seine Bedeutung. — Die Objektbilder? Nein; denn er konnte angeben, wozu man sie brauche. — Die Schriftbilder? Kaum; denn er konnte durch Schreibbewegungen das Wort finden. — Die Sprachbewegung? Nein; denn er konnte sprechen und nachsprechen. Vergessen waren die Sprachbewegungsvorstellungen gewisser Worte, aber nur gewisser Worte; denn andere fand er und konnte sie aussprechen. Wie ist das möglich? Die Erklärung scheint man noch nicht angeben zu können. Daß mangelhafte Assoziation auch hier mitwirkt, scheint daraus hervorzugehen, daß der Kranke z. B. um das Wort „rot" zu finden, erst ratlos umherging, suchte und suchte, dann eine Pustel aufdrückte und beim Anblick des Blutes schreibend das Wort „rot" fand (Störring 144 f).

Wegen der Wichtigkeit, welche die Sprachstörungen für die Erkenntnis der Störungen des Seelenlebens überhaupt haben, lohnt es sich, etwas näher auf die Aphasien einzugehen.

„Bei den zentralen Sprachstörungen", sagt Wundt (I^4 168 ff), „sind zwei Zustände auseinanderzuhalten, die sehr häufig miteinander verbunden sind, aber doch auch bis zu einem gewissen Grade isoliert vorkommen können: die Aphasie, die Aufhebung oder Störung des Sprachvermögens und die Worttaubheit, die Störung der Wortperzeption. Die Aphasie kann zugleich verbunden sein mit Aufhebung des Schreibvermögens, mit Agraphie, ebenso die Worttaubheit mit Unvermögen, die Schriftbilder der Worte zu verstehen, mit Wortblindheit. Alle diese Erscheinungen dokumentieren sich dadurch, daß bei ihnen die Sinnesempfindungen und die einfachen motorischen Funktionen vollständig erhalten sein können, sofort als kompliziertere Störungen. Als dasjenige Rindengebiet, an dessen Erhaltung diese zentralen Sprachfunktionen gebunden sind, ist die am menschlichen Gehirn in so charakteristischer Weise entwickelte Region an der vorderen und unteren Grenze der hylvischen Spalte nachgewiesen, wozu nach mehreren Beobachtungen noch das Gebiet des Inselläppens zu rechnen ist."

Uns interessieren ausschließlich die Worttaubheit oder Störung der Wortauffassung und die Wortblindheit oder das Unvermögen, die Wortbilder zu verstehen. Wo sie bei einem Erwachsenen eintreten, müssen wir wohl auf eine Erinnerungsstörung schließen. Ist nur die Worttaubheit vorhanden, so wird der Kranke noch seine eigenen Gedanken sowohl aussprechen als niederschreiben können; er wird aber das Gehörte nicht oder nur zum Teil verstehen, wohl hingegen das geschriebene Wort oder die Schreibbewegungen eines andern deuten können. Umgekehrt verhält es sich mit der Wortblindheit; das geschriebene Wort wird nicht gekannt,

dagegen das gehörte. Eine wahrscheinliche Deutung der Daten der Aphasie und der entsprechenden anatomischen Befunde versucht Wundt in seinem Schema der sensorischen und motorischen Sprach- und Schriftzentren in Beziehung zu dem hypothetischen Apperzeptionszentrum (I^5 320 ff). Wir fanden beim Kranken Grasheys einen Fall von Amnesie, in welchem der Patient den Namen eines gesehenen Objektes schreibend fand, ihn aber nicht finden konnte, wenn man ihn an der Ausführung der Schreibbewegungen gewaltsam hinderte. Vielleicht läßt sich mit dieser letzten Tatsache eine doppelte Erfahrung in Verbindung bringen, die wir leicht an uns selber machen können; es gelingt uns, unter Umständen die richtige Orthographie eines Wortes schreibend zu finden, indem wir die Feder sich selber überlassen, während wir vergebens nach der Erinnerung des Schriftbildes gesucht, und ebenso können wir nach längerer Fixierung des Schriftbildes eines fremden Wortes sein Lautbild in uns wieder wachrufen. In diesen Fällen, in denen es schließlich doch gelingt, das Lautbild oder Schriftbild zu reproduzieren, war offenbar weder im Sinneszentrum des Gesichts und Gehörs noch im motorischen Sprachzentrum der Rinde eine anatomisch bleibende Veränderung vorhanden.

Ob die Wortblindheit oder Worttaubheit schon das Unvermögen, zu sprechen, im Gefolge haben, hängt sehr viel von dem visuellen, auditiven oder motorischen Charakter des Betreffenden ab. Wer nur ausschließlich auf das Gehör sich verließ, dem muß die Worttaubheit verhängnisvoll und das Sprechen fast unmöglich werden, während der Mangel des Schriftbildes die Wortblindheit für ihn nicht so bedeutend wird. Umgekehrt verhält es sich mit dem visuellen Charakter, der sich ganz auf das Schriftbild stützt (P. Janet 103 ff). Von größter Wichtigkeit ist es also bei der Aphasie, ob bloß die Schriftbilder oder Lautbilder, ob beide Klassen zusammen aus der Erinnerung entschwunden und vielleicht sogar die motorischen Erinnerungen ausgelöscht sind. In diesem letzten Fall müßte der Patient von neuem sprechen und schreiben lernen. Danach wird sich auch der Entscheid richten, ob bloß die motorischen Sprachzentren und in welchem Umfange dieselben angegriffen sind. Sind die Krankheitsherde nicht zu ausgebreitet und vor allem bloß einseitig, so können die gesunden Partien stellvertretend funktionieren, und der Kranke gewinnt den Gebrauch der Sprache wieder.

Verwandt mit der amnestischen Aphasie ist die sog. Paraphasie oder stetige Wortverwechslung.

Als Erläuterung kann folgender Fall eigener Beobachtung dienen: Ein Kranker war von einem Schlaganfalle betroffen, der ihn fast ganz des Ge-

brauches der Sprache beraubt hatte. Allmählich erholte er sich, die Sprache kehrte zurück, aber der Kranke konnte das rechte Wort nicht mehr finden. Statt der deutschen Ausdrücke kamen ihm lateinische, griechische und hebräische Psalmenverse und längstgewohnte Stoßgebetchen. Der Kranke wußte genau, was er sagen wollte, merkte selbst vollständig, daß das ausgesprochene Wort durchaus nicht das rechte war, und lachte mitten im Unglück über das eigene Kauderwelsch. Eine andere Phase der Sprachstörung zeigte sich (später) bei ihm: Er sprach zu verschiedenen Malen ein Wort aus, das man gar nicht erkennen, noch weniger enträtseln konnte; endlich nahm er ein Stück Papier, schrieb es zum zweitenmal mit veränderten Vokalen, sprach es auch so aus, wie er es geschrieben hatte. Als er aus Miene und Worten erkannte, daß man ihn sowenig begriffen wie früher, sagte er: „Und Sie verstehen nicht? Merkwürdig!" und gab dann seine Versuche auf.

Offenbar war das Wortbild, das er suchte, der Reproduktion nicht mehr fähig; die Erinnerung war durch den Bluterguß ins Gehirn verloren gegangen und zugleich eine Erinnerungsfälschung eingetreten, so daß er das sich einstellende Wort für das gesuchte hielt.

§ 4. Totale, retrograde Amnesie; Ausfall der Erinnerungen einer bestimmten Periode; fortschreitende Amnesie.

1. „Eine seltene Erscheinung, wohl nur bei der Hysterie vorkommend", schreibt Krafft-Ebing (S. 65), „ist die totale, retrograde Amnesie, die alle Lebenserfahrungen der Persönlichkeit in sich begreift und das Individuum geradezu auf die Stufe des neugeborenen Kindes (Verlust der ganzen früheren Existenz und Leistung) zurückversetzt. Die Situation pflegt mit einem irgendwie gearteten Anfall der Krankheit einzusetzen und mit einem neuerlichen Insult zu schwinden. In seltenen Fällen ist die Wiederkehr der Persönlichkeit aber eine allmähliche. Die Restitution des früheren geistigen Besitzes ist eine vollkommene. Die Dauer der Amnesie kann Wochen bis Jahresfrist betragen. Das psychische Organ scheint hier in einen Schlafzustand versetzt, aber dies gilt nur für den vor dem Eintritt der Amnesie vorhandenen geistigen Besitz und Erinnerungsinhalt." Mit Recht bemerkt Krafft-Ebing, daß in Wirklichkeit der geistige Besitz nicht verloren, sondern nur gesperrt sei. Daher kehrt später unter dem Einfluß der Assoziation bei Erwerbung neuer Vorstellungen der gesamte Erinnerungsinhalt mit Leichtigkeit wieder.

Die Schlußworte: „Mit dieser Form der Amnesie scheint immer eine allgemeine Anaesthesie einherzugehen", weisen auf eine ganz ähnliche Beobachtung Pierre Janets hin. Nach diesem berühmten französischen Psychologen ist sehr oft partielle Anästhesie bei Hysterischen der Grund, warum sie sich an bestimmte Vorstellungen jetzt nicht erinnern können. Die Beispiele, die er in seinem Werke L'automatisme psychologique anführt, scheinen wirklich diese Ansicht zu bestätigen. Im übrigen zeigt das Weiter-

bestehen von Spracherinnerungen, Bewegungsvorstellungen ꝛc., daß auch bei der sog. totalen Erinnerungslosigkeit das Wörtchen total nicht zu sehr gepreßt werden darf.

2. Es ist keine Seltenheit, daß die Amnesie ganze Krankheitsepisoden umfaßt, in ähnlicher Weise, wie wir für gewöhnlich keine Erinnerung für das besitzen, was im Schlafe rings um uns vorgeht. Noch häufiger ist die Erinnerung an die Vorgänge der Krankheit nur eine höchst summarische und unvollkommene. „In perakuten Irreseinszuständen fehlt die Erinnerung gänzlich" (Krafft-Ebing 64). Dahin rechnet der Psychiater: „pathologische Alkoholzustände, Vergiftungsdelir, mania transitoria, raptus melancholicus, grand mal der Epileptiker, pathologische Affekte u. dgl."

Interessanter sind die Fälle, in welchen die Amnesie eine Periode des gesunden Lebens mitumfaßt. Denn hier genügt ein bloßes Rekurrieren auf den Mangel klaren und wachen Bewußtseins während der Erlebnisse offenbar nicht mehr.

Zu diesen totalen, wenn auch nur temporären Amnesien können wir folgenden Fall rechnen, welchen Ribot (M. d. l. m. 61) zitiert: „Eine junge Frau, die mit einem Manne verheiratet war, den sie leidenschaftlich liebte, wurde während ihres Wochenbettes von einer langen Ohnmacht befallen, infolge derer sie das Gedächtnis über die Zeit verlor, welche seit ihrer Verehelichung einschlußweise verflossen war. Sie erinnerte sich sehr genau an den übrigen Rest ihres Lebens bis zu jenem Zeitpunkte. . . . In den ersten Augenblicken stieß sie ihren Gatten und ihr Kind, das man ihr zeigte, mit Schauder zurück. Seither hat sie niemals die Erinnerung an diese Periode des Lebens wieder erlangen können noch das Gedächtnis an die Ereignisse, welche dieselbe begleiteten. Den Eltern der Frau und ihren Freunden gelang es, durch Vernunftgründe und die Autorität ihres Zeugnisses, sie zu überzeugen, daß sie verheiratet ist und einen Sohn hat. Sie glaubt ihnen, denn sie will lieber annehmen, daß sie selbst die Erinnerung an ein Jahr verloren hat, als daß alle andern Betrüger seien; aber ihre eigene Überzeugung, ihr innerstes Bewußtsein hat nichts damit zu tun. Sie sieht ihren Mann und ihr Kind, ohne sagen zu können, durch welchen Zauber sie den einen bekommen und dem andern das Leben geschenkt."

Ihre volle Ausgestaltung erhält die Amnesie da, wo durch schwere destruktive Erkrankung jener Organe, welche direkt dem psychischen Leben dienen, ganze Reihen von Vorstellungen dauernd verschwinden. Dies findet statt bei der progressiven Gehirnlähmung (dementia paralytica), beim Greisenirrsinn. Hier zeigt sich zugleich ein Fortschreiten in der Amnesie. Im Beginne besteht auch bei diesen Zerstörungsprozessen bloß eine

Schwäche der Reproduktion für die Erlebnisse der Jüngstvergangenheit. Die Fähigkeit, die neuen Eindrücke sich zu merken, geht verloren, die Eindrücke haften nicht mehr recht.

„Es kann so weit kommen", schreibt Forel[1], „daß jeder Bewußtseinszustand sofort nach seinem Erscheinen vergessen ist. Die Kranken irren dann wie verloren umher, vergessen in jeder Minute, was sie in der vorigen gesagt, gehört und getan haben. Sie finden z. B. in einem neuen Aufenthaltsort beständig alles fremd und neu, erkennen ihre Umgebung, ihr Bett, ihr Zimmer immer wieder nicht. Einem alten General, den ich kannte, konnte man während desselben Mittagessens sechsmal und öfter dieselbe Geschichte erzählen. Jedesmal erstaunte er wieder darüber in derselben Weise. Im Greisenblödsinn verwischen sich ebenfalls die bereits vorhanden gewesenen Erinnerungsbilder der jüngsten Vergangenheit, dann erst die ältesten tiefer eingewurzelten. Zuletzt bleiben fast nur noch die Gemütsaffekte[2], einzelne besonders gebräuchliche Worte, einige alte eingewurzelte Gewohnheiten, (sich an- und ausziehen zum Beispiel) und die elementarsten organisierten Gewohnheiten der Kindheit: das Gehen, Kauen, Greifen usw. ... Diese Zerbröckelung des Gedächtnisses bedingt einen Zerfall aller Seelentätigkeiten."

Wir haben es also wirklich mit einer progressiven Amnesie zu tun[3].

§ 5. Wechselndes Gedächtnis und Ekmnesie.

Wahrscheinlich nur auf dem Boden der Hysterie und Hysteroepilepsie zeigt sich die sog. Ekmnesie. Wie das Wort besagt, sind es Perioden mitten aus dem Leben heraus, die vergessen sind, während für einzelne andere ebenso mitten herausgehobene Partien ein überaus lebhaftes Gedächtnis sich zeigen kann. Die Kranken sind anfallsweise in eine frühere Zeit ihres Lebens zurückversetzt, durchleben eine solche augenscheinlich mit voller Treue, zeigen die Fähigkeiten, die sie damals besaßen, verfügen lückenlos über alle Erinnerungen, die sie in jener Zeit hatten. Aber über andere Perioden ihres Lebens, die ihnen doch viel näher liegen, können sie sich nicht erinnern. Alles ist wie ausgelöscht, die Fähigkeiten, die sie vor dem Anfall besaßen,

---

[1] Das Gedächtnis und seine Abnormitäten (1886) 34 f.

[2] Aber auch diese können schwinden; vgl. die schöne aber doch so traurige Schilderung des apathischen Blödsinns bei Griesinger 350.

[3] Ribot (M. d. l. m. 93 ff) glaubt in diesem Entwicklungsgang der Gedächtnisverluste ein Gesetz zu erkennen, das er loi de regression nennt: „Der Gang der Amnesie folgt der Linie des geringeren Widerstandes, d. h. derjenigen der geringeren Organisierung." Je tiefere Wurzeln demnach eine Erinnerung im Organismus gefaßt, desto länger widersteht sie der progressiven Amnesie. Das mag gelten für erworbene Fertigkeiten, aber wie abstrakte Kenntnisse am meisten organisiert sein sollen, ist nicht einzusehen.

scheinen verschwunden, die Kenntnisse verloren, bis sie nach einem neuen Anfall ebenso plötzlich wiederkehren, während die ebenso treu wieder durchlebte Episode ins Dunkel der Vergessenheit zurücksinkt[1].

Damit stehen wir vor den spontanen Fällen des wechselnden Gedächtnisses. Wir werden künstlich hervorgerufenen Erscheinungen dieser Art begegnen bei Behandlung des hypnotischen Bewußtseins. Hier handelt es sich aber um Fälle, die keine menschliche Kunst hervorgerufen.

Wir entnehmen das erste Beispiel dem Werke Taines (De l'intelligence I 156 f). Er zitiert als seinen Gewährsmann Macnish (Philosophy of sleep). „Eine junge amerikanische Dame verlor am Ende eines lange andauernden Schlafes die Erinnerung an alles, was sie gelernt hatte. Ihr Gedächtnis war zur tabula rasa geworden. Sie mußte von neuem buchstabieren, lesen, schreiben, rechnen und die Gegenstände und Personen kennen lernen, die sie umgaben[2]. Einige Monate nachher wurde sie von einem tiefen Schlafe befallen, und als sie erwachte, fand sie sich wieder wie vor ihrem ersten Schlafe. Sie hatte alle ihre Kenntnisse und Jugenderinnerungen, dagegen hatte sie vollständig vergessen, was sich zwischen den beiden Anfällen zugetragen. Während vier Jahren und darüber geht sie nun beständig von einem Zustand in den andern über, immer infolge eines langen und tiefen Schlafes. ... Ihre erste Seinsweise nennt sie nun den alten Zustand, ihre zweite den neuen Zustand. Sie hat auch so wenig Bewußtsein von ihrer Doppelpersönlichkeit, als zwei verschiedene Personen von ihren beziehungsweisen Naturen haben. Besitzt z. B. sie im alten Zustand alle ihre Erstlingskenntnisse, im neuen Zustand hat sie bloß diejenigen, welche sie während ihrer Krankheit hat erwerben können. Im alten Zustand hatte sie eine schöne Schrift, im neuen hat sie nur eine armselige, ungeschickte Schrift, da sie wenig Zeit hatte, sich zu üben. Es genügt nicht, daß ein Herr oder eine Dame ihr während eines ihrer beiden Zustände vorgestellt worden seien; sie muß, um dieselben genügend kennen zu lernen, in beiden Zuständen von ihnen Kenntnis gehabt haben."

Ein anderer, weit berühmter Fall ist folgender. Félida X. ist geboren 1843 zu Bordeaux. Sehr intelligent und ziemlich unterrichtet im Verhältnis zu ihrer gesellschaftlichen Stellung, beschäftigte sie sich, wie Dr Azam[3] im Jahre 1858 schrieb, mit Nähen. Ihr Charakter ist traurig, ja selbst untätig. Sie spricht wenig, und ihre Unterhaltung ist ernst. Ihr Wille ist fest und ihr Eifer bei der Arbeit sehr groß. „Fast jeden Tag ohne irgend eine bekannte Ursache

[1] Vgl. bei Pierre Janet 166 f: Die Phasen im Leben von Lucie.

[2] Ribot scheint in seinen M. d. l. m. S. 77 die Wichtigkeit dieses Falles doch etwas zu überschätzen. Die Spaltung ist lang nicht so komplett, wie sie scheint. Offenbar hatte die junge Dame das Gedächtnis weder für die Aussprache noch für die Reden der andern verloren; denn es wird nichts davon berichtet, daß sie das Reden verlernt oder die Sprache der Ihrigen nicht mehr verstanden habe. Zudem sind Macnishs Angaben nicht sehr klar und detailliert.

[3] Hypnotisme et double conscience, 1887.

oder unter der Herrschaft einer Gemütsbewegung wird sie von dem ergriffen, was sie ihre Krise nennt; in der Tat geht sie so in einen zweiten Zustand ein. ... Félida sitzt, eine Näharbeit in der Hand; plötzlich, ohne daß irgend etwas dies hätte voraussehen lassen, nach einem Schmerz in den Schläfen, der heftiger ist als gewöhnlich, fällt ihr Haupt auf die Brust herab, ihre Hände bleiben untätig und fallen träge am Körper herunter, sie schläft oder scheint zu schlafen, aber einen ganz eigentümlichen Schlaf; denn kein Geräusch, keine Erregung, kein Kneifen oder Stechen kann sie aufwecken; überdies ist diese Art von Schlaf absolut plötzlich. Er dauert zwei bis drei Minuten, früher war er viel länger.

„Nach dieser Zeit erwacht Félida, aber sie ist nicht mehr in der gleichen geistigen Verfassung, in der sie sich befand, als sie einschlief. Alles scheint verschieden. Sie erhebt den Kopf, öffnet die Augen und grüßt lächelnd die Personen, die sie umgeben, als wären sie eben erst angekommen. Ihre Miene, vordem traurig und schweigend, heitert sich auf und atmet Fröhlichkeit. Sie setzt leise singend die Nadelarbeit fort, welche sie im vorigen Zustand angefangen hatte; sie erhebt sich, ihr Gang ist leicht, und sie klagt kaum über die tausend Schmerzen, die ein paar Minuten vorher noch sie leiden machten. ... Ihre Lebhaftigkeit grenzt nahe an Überstürzung, ihre Phantasie ist mehr gesteigert. Wegen des geringsten Anlasses kommt sie in Gemütsbewegungen der Trauer oder der Freude, aus einer Person, die gegen alles gleichgültig war, ist sie bis zum Übermaß empfindsam geworden.

„In diesem Zustand erinnert sie sich vollkommen an alles, was in andern ähnlichen vorausgegangenen Zuständen und auch in ihrem normalen Leben passiert ist. ... Sie hat immer behauptet, daß der Zustand, in dem sie sich eben befand, wenn man zu ihr sprach, der Normalzustand sei, den sie ihre ‚Vernunft' nennt, im Gegensatz zum andern, den sie ihre ‚Krise' heißt. — Nach einer Zeit, die 1888 drei oder vier Stunden dauerte, verschwindet Félidas Fröhlichkeit plötzlich, ihr Haupt beugt sich auf die Brust herab, und sie fällt in jenen schlafähnlichen Zustand, den wir beschrieben haben. Drei oder vier Minuten verfließen, und sie öffnet die Augen, um wieder in ihre gewöhnliche Existenzweise einzutreten. ... Sie hat vergessen, was sich während der zweiten Periode zugetragen hat. ... Sie beschäftigte sich mit einer Näharbeit, sie erkennt dieselbe nicht mehr, und es braucht für sie eine Geistesanstrengung, um es zu begreifen. ... Seitdem hat Félida sich verheiratet. Ihre Kinder haben die erste Kommunion empfangen, während sie in ihrem zweiten Zustand war.[1] Während ihres normalen Zustandes weiß sie nichts davon. Anno 1875 war die Periode des Überganges zwischen den beiden Zuständen, nachdem sie sich allmählich vermindert hatte, so kurz geworden, daß Félida sie verheimlichen kann, wo sie sich immer befinden mag. Sobald sie ihre Krise kommen fühlt, „fährt sie mit der Hand an den Kopf, klagt über Ohnmacht, und nach einer unbemerkbaren Zeitdauer geht sie in ihren andern Zustand über. ... Ihre Umgebung bemerkt nur die Änderungen im Charakter, welche sehr ausgesprochen sind."

[1] Das elfmalige Wochenbett fiel dagegen immer in den ersten oder normalen Zustand. Azam a. a. O. 91 bei Pierre Janet 133.

Ganz allmählich ist die Dauer der Perioden des zweiten Zustandes angewachsen auf Kosten des normalen Lebens. Gegen das Jahr 1865 ist das Leben Félidas in zwei ungefähr gleiche Teile geteilt. Im Jahre 1892 war sie fast ununterbrochen unter dem Einfluß des zweiten Zustandes.

Das geheimnisvolle Dunkel, welches über solchen und ähnlichen Fakta liegt und sicher durch die wundersamen Theorien, die man daran knüpfte, eher gemehrt als gemindert wurde, weicht in etwa, wenn wir folgende Momente vor Augen halten. Zunächst ist es leicht begreiflich, wie der rasche Übergang aus einem Zustand in den andern die Reproduktion mancher Erlebnisse sehr schwierig macht. Beim Erwachen vergessen wir bald einen Teil der Träume. Sodann sind die Zustände bei Félida in Bezug auf das Gedächtnis nicht so genau geschieden, wie dies auf den ersten Blick erscheint. Eine ganze Reihe von Erinnerungen müssen beide Zustände verknüpfen. Sie weiß, daß sie auch andere Zustände hat, als den eben gegenwärtigen, denn sie unterscheidet „Vernunft" und „Krise". Im Zustand der Heiterkeit erinnert sie sich auch des normalen Lebens. Vielleicht würde es nur geeigneter Fragen und Anknüpfungspunkte bedurft haben, um im normalen Zustand die Erinnerungen an Erlebnisse während der Exaltation wachzurufen. Daß sich ferner Erlebnisse in ähnlichen Zuständen, besonders gleicher Gemütsverfassung, leichter assoziieren, als verschiedene, ist eine Tatsache des Alltagslebens. Endlich ist der eine Zustand Félidas ein stuporartiger. Bei solchen ist aber Hemmung aller psychischen Erscheinungen, also auch der Erinnerung etwas ganz Natürliches.

§ 6. Hypermnesie.

Wir müssen zunächst die Hypermnesie, die wenn nicht etwas Krankhaftes, so doch etwas Anormales an sich hat, trennen von einer durch Naturanlage sehr großen oder durch Übung gewaltig gesteigerten Merkfähigkeit. Es gibt Leute, die von Natur aus eine außergewöhnliche Merkfähigkeit besitzen, so daß sie nach einmaligem Lesen ganze Seiten eines Buches wiedersagen, Reihen von Zahlen von oben nach unten und unten nach oben rezitieren können. Dieses gesteigerte Gedächtnis weist nicht immer auf große Geistesanlagen hin; denn selbst bei Idioten kommt einseitig ausgebildetes Gedächtnis vor. Auch bedeutet es keineswegs immer einen reellen Gewinn für das Geistesleben. Wenn sich alles, was über den Lebensweg läuft, im Geiste gleichsam abkonterfeit, kann es sogar ein Hindernis für die geistige Arbeit werden. So erklärte Dr Leyden, dem ein Freund zu seinem fabelhaften Gedächtnis gratulierte, es sei dies kein Vorteil für ihn, sondern

habe oft üble Folgen. Wenn er sich an eine bestimmte Einzelheit erinnern wolle, die er gelesen, so müsse er immer das ganze gelesene Stück für sich wiederholen, bis er auf den betreffenden Punkt stoße (Ribot, M. d. l. m. 45). Leute, die ein Riesengedächtnis haben, schleppen einen Riesenballast von unnützem Zeug mit durchs Leben. Man muß manches vergessen können. Das gilt nicht nur von unangenehmen Ereignissen, sondern auch von manchen ganz wertlosen Empfindungen und Erfahrungen.

Eine krankhafte Steigerung der willkürlichen Erinnerung, der reminiscentia gibt es nicht, sondern nur eine krankhafte Steigerung der unwillkürlichen, der memoria. Deshalb ist die Hypermnesie für das geistige Leben nicht von so weittragender Bedeutung. Sie zeigt immer einen anormalen, wenn nicht krankhaften Charakter. „Sie ist immer mit irgend einer organischen Unordnung oder mit irgend einer bizarren ungewohnten Situation verbunden", sagt Ribot (S. 139). Wo sie allgemein ist, d. h. wo nicht bloß ein bestimmter, engabgegrenzter Teil des Erinnerungsschatzes, sondern gleichsam das Gesamtmaterial der Erlebnisse auch frühester Zeiten sich mit besonderer Lebhaftigkeit aufdrängt, meint der gleiche Autor, sie „hänge ausschließlich von physiologischen Ursachen und besonders von der Schnelligkeit des Blutumlaufs im Gehirn ab". Daher komme sie häufig in den Fällen akuten Fiebers vor. Da sie aber auch in der maniakalischen Aufregung, im Hypnotismus und zuweilen in der Hysterie sich zeigt, wie Ribot selbst annimmt, wird es schwer zu entscheiden sein, ob nicht auch psychische Faktoren dabei im Spiele sind. Außergewöhnliche Fälle sollen beobachtet worden sein bei solchen, die dem Ertrinken oder sonst einem plötzlichen Tode sich nahe glaubten, denen in einem Augenblick das gesamte Leben bis in die kleinsten Details vor den Augen zu schweben schien.

Eine ähnliche Erscheinung berichtet ein Mann, der sein Leben durch Opiumgenuß ruiniert hat, Thomas de Quincy[1], in seinen Bekenntnissen. „Es scheint mir, als hätte ich in einer Nacht siebzig Jahre oder ein Jahrhundert durchlebt. ... Die kleinsten Einzelheiten meiner Jugend, vergessene Szenen meiner ersten Jahre standen lebhaft vor mir. Man kann nicht sagen, daß ich mich ihrer erinnerte, denn, wenn man sie mir in meinem wachen Zustand erzählt hätte, wäre ich nicht fähig gewesen, sie als Bestandteile meiner vergangenen Erfahrung wiederzuerkennen. Aber so, wie sie es im Traume waren, in ihre vagen Umstände und Gefühle gekleidet, die sie umgaben, erkannte ich sie sogleich wieder."[2] Ob dabei keine Erinnerungshalluzination mitspielte?

[1] Vgl. über ihn Revue des deux mondes, 1. nov. 1896.

[2] Bei Ribot 141 f.

Alle diese allgemeinen Steigerungen der Erinnerungsfähigkeit sind nach Ribot ihrer Zeitdauer nach beschränkt und hören auf, sobald die physiologischen Ursachen aufhören, welche sie hervorgebracht haben.

Ob sämtliche Erscheinungen, welche Ribot unter die partielle Hypermnesie rechnet, hierher gehören, möchte man wirklich bezweifeln. Vielleicht hat der Gedanke, zu seinen „partiellen Amnesien" ein Gegenstück zu finden, diesen Autor verleitet, das Gebiet der Hypermnesien etwas weiter auszudehnen. So vermag man in jenem Fall, in welchem eine junge Dame, als sie in ein bestimmtes Zimmer trat, dasselbe sogleich wiedererkannte und sich lebhaft der Szene erinnerte, da sie noch ein unmündiges Kind war und sich die schwerkranke Mutter weinend über sie beugte, keinerlei Hypermnesie zu erkennen. Die Sache ist eine in geringerer Intensitätsstärke alltägliche, wie Ribot zugibt. Sie erklärt sich einfach dadurch, daß die Erinnerung früher nicht zur Geltung kam, weil die Assoziationen fehlten, die sie wachgerufen hätten. „Wem ist es nicht vorgekommen daß er um eine Erinnerung wachzurufen, die für den Augenblick verloren war, sich an den Ort begab, wo die Vorstellung oder Idee aufgetaucht war, und sich soviel als möglich in dieselbe Lage versetzte und dann plötzlich auf einen Schlag die Erinnerung wiederkehren sah?" (S. 144.) Mit diesen Worten hat Ribot selber gezeigt, daß von einer eigentlichen Hypermnesie keine Rede ist, sondern daß es sich bloß um die Wiedererweckung durch eine günstige Assoziation handelt.

Andere Fälle, wie das merkwürdige Wiederhervortreten der Muttersprache kurz vor herannahendem Tode, erklärt Ribot (S. 147) selbst mehr als Erscheinungen der Amnesie, welche die Erwerbungen der letzten Jahre ausgelöscht, die frühesten Erinnerungen dagegen nicht ergriffen hat, so daß diese hervortreten können. Forel[1] macht endlich die Bemerkung, daß auch der schnellere Verlauf der bewußten Denktätigkeit — besser gesagt der Vorstellungsassoziationen — eine erhöhte Erinnerungstätigkeit vortäuschen kann. Immerhin verbleiben nach Abzug dieser uneigentlichen Hypermnesien doch noch vereinzelte Fälle von wirklich gesteigerter Erinnerung übrig. Dahin rechnen wir den von Ribot aus Duval zitierten Fall einer merkwürdigen Wiederkehr der Erinnerungen im Schlafe: „Ein alter Waldwärter hatte während seiner Jugend lange an der polnischen Grenze gelebt und nur polnisch gesprochen. In der Folge aber hatte er nur mehr in deutschen Distrikten gewohnt. Seine Kinder versicherten, daß er seit 30—40

[1] Das Gedächtnis und seine Abnormitäten 42.

Jahren weder ein Wort polnisch gehört noch gesprochen. Während einer Gefühllosigkeit, die beinahe zwei Stunden dauerte, sprach, betete, sang dieser Mann nur polnisch."

Bei der Hypnose beachtet man zuweilen eine erhöhte Merkfähigkeit. Dahin gehört, was Forel[1] berichtet: „Es gibt Menschen, die sonst kein besonderes Gedächtnis besitzen, welche aber zu den guten sog. ‚Medien' gehören, d. h. einfach leicht zu hypnotisieren sind, im hypnotischen Schlaf alles tun, was man ihnen eingibt, und dabei wie im Traume das alles wie wirkliche Erlebnisse durchzumachen glauben. Bei manchen derselben kann man beobachten — zuverlässige Gelehrte, wie Ladame und Grützner, haben es bestätigt —, daß alle Sinneseindrücke sich in dem menschlichen Gehirn wie abphotographieren. Denn solche Menschen können z. B. manchmal eine gedruckte Seite, die sie nur einen Moment gesehen haben, auswendig nachsagen. Oder z. B.: ein Hypnotisierter wird in eine Apotheke geführt, die er noch nie gesehen hat, und betrachtet dieselbe (die Augen sind bei diesem Zustand offen). Er wird dann wieder fortgeführt und vom Magnetiseur geweckt. Er zeigt nun keine Spur Erinnerung an die Apotheke. Er wird dann an dem Ort, wo er sich jetzt befindet, wieder hypnotisiert und diesesmal in Gedanken, durch Einflüsterungen des Magnetiseurs in die betreffende Apotheke zurückgeführt, an welche er sich nun wieder ganz gut erinnert. Jetzt kann er die Apotheke in ihren kleinsten Details beschreiben, die lateinischen Namen der Gläser der Reihe nach sagen, in der Meinung, er lese sie vor." Ähnliches behaupteten die alten Mesmeristen. Dessoirs Versuche ergaben jedoch bei Vermeidung von Suggestionen Herabminderung der Merkfähigkeit. Infolgedessen schließt Moll, in den scheinbar günstigen Fällen sei eine suggestive Beeinflussung von seiten der Forscher wohl kaum vermieden worden[2]. Vielleicht ergeben auch verschiedene Grade des Hypnotismus verschiedenes Resultat.

Auch in den transitorischen Irreseinszuständen Hysterischer zeigt sich die erhöhte Erinnerungsfähigkeit. Einem einfachen Landmädchen erscheint während der hysterischen Delirien der „Dichterfürst Schiller" und trägt ihr seine Gedichte vor. Dann fängt sie selbst an zu dichten und fließend in Versen Gelesenes, Erlebtes, Gedachtes zu rezitieren und improvisieren. Bei einer andern Hysterischen war die Steigerung des Gedächtnisses so groß, daß sie ein über zwei Seiten langes Gedicht, das sie kurz vorher gelesen hatte, hersagen konnte ohne anzustoßen (Krafft-Ebing 509 510).

Nicht zu verwechseln mit der erhöhten Erinnerungsfähigkeit ist das plötzliche und lebhafte Wiedererscheinen von Erinnerungen, die bloß dem wachen Leben entschwunden waren, weil sie dem Traumleben oder früheren Hypnosen, epileptischen Anfällen und hysterischen Krisen angehörten. Dieses

[1] Ebd. 43.

[2] Moll, Hypnotismus[2] 96.

Auftauchen von Erinnerungen in der Hypnose oder krankhaften Zuständen ist zunächst zu erklären durch die Ähnlichkeit des künstlichen Schlafes mit all diesen andern abnormalen Erscheinungen, wobei zugleich das Auftreten günstiger Assoziationsglieder eine wichtige Rolle spielen mag.

§ 7. Paramnesien, Gedächtnistäuschungen und Gedächtnishalluzinationen.

Die Anfänge der Erinnerungstäuschung reichen hinauf in das Alltagsleben. Wie oft nimmt in guten Treuen dasselbe Erlebnis im Munde desselben Mannes zu verschiedenen Zeiten verschiedene Gestaltungen an! Wie oft behaupten Leute, etwas gesehen zu haben, sich genau an etwas zu erinnern, was sie wirklich nie gesehen; verlegen eigene aktuelle Erfahrungen und Einbildungen zurück in die Vergangenheit! Es sind die Grundtypen der Erinnerungstäuschungen und der Erinnerungshalluzinationen. Erinnerungstäuschungen oder Erinnerungsillusionen sind vorhanden, wenn zwar ein Erinnerungsbild zu Grunde liegt, aber dieses falsch gedeutet, ergänzt oder umgestaltet wird. Die Erinnerungsbilder sind abgeblaßt und mehrdeutig geworden und öffnen so der Verwechslung Tür und Tor. Die Phantasie arbeitet dann an ihnen, ergänzt und malt nach ihrem Belieben und bietet schließlich ein quid pro quo. Gegenwärtige Ereignisse werden in die Vergangenheit zurückverlegt oder jetzt Gehörtes und Gesehenes dazu gebraucht, Erinnerungen früherer Jahre nach der Gegenwart zu deuten. Sehr wahrscheinlich bilden Gedächtnistäuschungen beim sog. zweiten Gesicht eine wichtige Rolle. Eine Erinnerungsillusion ist es, wenn uns an einer Stelle, die wir in unserem Leben nie passiert, das zwingende Gefühl anwandelt, als kännten wir diese Stätte; wenn uns ein augenblickliches Erlebnis vorkommt, als wäre es die Wiederholung einer schon durchlebten Szene. Oft läßt uns dies Gefühl keine Ruhe, wir forschen und suchen das Wann und Wo, um dann in kleinen, ganz nebensächlichen Zügen eine frühere Landschaft, eine entschwundene Begebenheit wieder zu entdecken. Die Erinnerungsillusion nimmt bei den Irren größere Dimensionen und lebhaftere Farben an.

„Ich habe", erzählt Forel[1], „einen sonst ziemlich klaren und gebildeten Geisteskranken gekannt, welcher täglich an Erinnerungstäuschungen litt. Er war zum erstenmal in der Irrenanstalt, behauptete aber steif und fest, ein Jahr vorher ganz genau in derselben Abteilung mit denselben Kranken in der Anstalt gewesen zu sein und damals Wort für Wort, Erlebnis für Erlebnis, genau dasselbe durchgemacht zu haben wie alsdann. Eines Tages machte er

[1] Das Gedächtnis und seine Abnormitäten 44.

z. B. mit seinem Wärter und zwei andern Kranken einen Spaziergang in den Wald. Als er zurückkam, erzählte er mir, wie er bei seinem ersten Aufenthalte genau denselben Spaziergang mit denselben Leuten gemacht habe. Es sei merkwürdig, daß er sich alles dessen erst jetzt entsinne, man müsse ihn offenbar damals durch heimliche Mittel eingeschläfert haben." Hier haben wir es nicht mit einer falschen Interpretation, einer Erinnerung oder wenigstens nicht mit einer solchen allein zu tun, sondern die Orientierung in der Zeit scheint gestört, indem das eben Erlebte in die Vergangenheit zurückprojiziert wird.

Es kommt bei Irren nicht selten vor, daß sie ihre Berichte um Jahrzehnte oder noch mehr zurückverlegen. Aber selbst die der Gegenwart zunächstliegenden Vorfälle unterliegen dieser falschen Beurteilung. Was vor einer Stunde geschehen ist, glaubt der Kranke vor Monaten erlebt zu haben. Neben alten Leuten sind es die Patienten der Paralyse, die an diesen Störungen der zeitlichen Ordnung des Erinnerungsschatzes in auffallender Weise zu leiden pflegen. Die Kranken verstehen nicht mehr die zwischen den einzelnen Erlebnissen liegende Zeitstrecke abzuschätzen. Demnach greift ein geistiges Moment hier klar und deutlich in die Erinnerungstäuschungen ein. Allein dieses ruht wieder auf sinnlicher Grundlage. Mit Recht sagt Hellpach (S. 314): „Gerade der rasche Wechsel von Eindrücken, die nicht verarbeitet werden, läßt wohl dem Paralytiker ein unbestimmtes, sehr großes Zeitmaß für ihren Ablauf vorschweben."

Den Erinnerungshalluzinationen im strengen Sinne des Wortes liegt kein Erinnerungsbild zu Grunde. Eine reine Einbildung wird als wirkliches Ereignis in die Vergangenheit zurückverlegt. Wir hätten den oben aus Forel zitierten Fall ebensogut hier anführen können. Auch bei Hysterischen trifft man häufig solche Erinnerungshalluzinationen, und diese können bei dem erotisch-laszíven Charakter mancher ihrer Einbildungen für andere verhängnisvoll werden.

In der Hypnose sind die Erinnerungshalluzinationen, welche durch Suggestion erzeugt werden, gar nichts Seltenes. „Man kann", sagt Bernheim[1], „gewisse, stark suggerierbare Personen glauben machen, sie hätten diesen Vorfall mit angesehen, sie wären bei jener Szene Mitbeteiligte oder Zuschauer gewesen, und die im Schlaf oder Wachen suggerierte Erinnerung drängt sich ihrem Geist mit derselben Stärke, wie die eines wirklichen Erlebnisses auf." Psychologisch bieten diese sog. retroaktiven Halluzinationen keine besondere Schwierigkeit der Erklärung, sind aber für den Juristen von Bedeutung.

[1] Neue Studien über den Hypnotismus 84 f.

Strenggenommen sind die Erinnerungshalluzinationen keine Abnormität der Erinnerung, sondern des Urteils und können unter die ersten bloß gerechnet werden, insofern sie eben eine Erinnerung vortäuschen.

Die Elementarstörungen des Gedächtnisses, besonders die Amnesie und das wechselnde Gedächtnis haben den tiefgreifendsten Einfluß auf das Geistesleben.

Zweiter Abschnitt.

Störungen des sinnlichen Begehrens.

Vier Erscheinungen fassen wir unter dem Gesamtbegriff „Sinnliches Begehren" zusammen: 1. Die Körpergefühle; 2. die sinnlichen Affekte; 3. die Triebe; 4. das eigentliche Verlangen und Streben. Bloß diese letzte Erscheinung verdient eigentlich voll und ganz den Namen „sinnliches Begehren". Die übrigen sind sozusagen Vorstufen. Die innige Zusammengehörigkeit von „Gefühl", Trieb und Begehren, welche so deutlich in der Philosophie der Vorzeit hervortritt, wird nunmehr auch von modernen Autoren anerkannt [1].

Die Körpergefühle sind schon, wie der Name besagt, aufs innigste mit der Empfindung verbunden, unterscheiden sich aber durch ein ihnen eigenes Moment, das „Affiziert sein". Wir können sie unter zwei große Gruppen einreihen, Lust und Unlust. Sie tragen im Leben die verschiedenartigsten Bezeichnungen, wie auch ihre Schattierungen und Nuancen zahllos sind. Hunger und Durst, Wohlsein und Unwohlsein, Behagen und Unbehagen, Kraft- und Schwächegefühl usw. Ihre Quellen können äußere wie innere Empfindungen sein. Ihnen zu Grunde liegt eine Beziehung ihrer objektiven Ursachen zum eigenen Wohl und Wehe, obgleich diese nicht erkannt zu werden braucht.

Diese Körpergefühle mit all ihren Schattierungen ergeben in ihrer Steigerung die körperliche Lust, die Sinnenlust oder Ergötzung und den körperlichen Schmerz. Beide wurden in der Philosophie der Vorzeit mit Recht zu den Affekten oder Leidenschaften gerechnet. Doch kann es von Nutzen sein, in der Pathologie des sinnlichen Begehrens sie gesondert zu behandeln.

---

[1] Vgl. Wundt, Vorlesungen über Menschen- und Tierseele [2] 238 ff. Ebbinghaus, Psychologie I 560 ff. Wohl zu bemerken ist, daß in der Terminologie dieser Autoren das sinnliche Begehren bereits Wollen genannt wird.

Die sinnlichen Affekte haben mit den Körpergefühlen das Affiziertsein des Subjekts und die Veränderungen im Organismus gemein. Allerdings treten die letzteren mehr zurück, und das seelische Moment — eben das Affiziertsein — steht im Vordergrunde. Doch wird das Vorhandensein körperlicher Veränderungen bei den Affekten von der modernen Psychologie mit Grund betont. So knüpft die heutige Anschauung in richtiger Würdigung der Tatsachen wieder an die alten aristotelischen Anschauungen an. Die Psychiater scheiden alle Affekte in zwei große Klassen, expansive und depressive. Die Psychologen bemerken noch, daß die Affekte den Vorstellungen ihr Entstehen verdanken und ebensowohl von den Vorstellungen selber als von der Art des Vorstellungsverlaufes bedingt sein können, wie z. B. Affekte der Erwartung und der Ungeduld, der Überraschung und des Erstaunens, der Kurzweil und der Langeweile.

Alle Affekte schließen in sich ein Moment der Lust oder Unlust, das wir seelische Lust oder Unlust nennen können, weil das Mißbehagen oder Behagen nicht einen so ausgesprochen körperlichen Charakter trägt.

Die sinnlichen Affekte sind Akte des beseelten Körpers, geradesogut wie Sinneserfahrung, Phantasie und sinnliches Gedächtnis. Sie können nicht bloß schädliche Folgen haben, sie sind in sich selber einer solchen Steigerung oder Depression fähig, welche in sich eine vorübergehende oder dauernde, bloß oberflächliche oder tiefergreifende Störung des Organismus und speziell des Zentralnervensystems bedeuten. Damit ist ihr gewaltiges Eingreifen in das Wohl und Wehe des ganzen Menschen genügend erwiesen.

Triebe sind nichts anderes als das natürliche Streben der Wesen nach Erhaltung und naturgemäßer Entwicklung des Individuums und nach der Fortpflanzung ihrer Gattung. Die sinnlichen Triebe gründen in der animalischen Seite des Menschen; von ihnen allein ist hier die Rede. Doch ist nie zu vergessen, daß die sinnlichen Triebe beim Menschen der Leitung der Vernunft in vielfacher Weise unterworfen sind. Sie lassen sich drei Gruppen unterordnen: 1. Selbsterhaltungstrieb; 2. Fortpflanzungstrieb; 3. Trieb nach Betätigung und Entwicklung der sinnlichen Fähigkeiten. Die Impulse zu den Trieben werden erteilt von Körpergefühlen; die instinktiven Akte, durch welche der Trieb selber befriedigt wird, werden hervorgebracht durch Empfindungen, welche entstehen, sobald das geeignete Objekt in den Bereich der Sinneswahrnehmung kommt. Hunger treibt das Kind, die Mutterbrust zu suchen. Die Berührungsempfindungen lösen die Bewegung des Säuglings aus, durch welche er

die Nahrung gewinnt. Die Befriedigung der Triebe weckt körperliche oder psychische Lust, die Nichtbefriedigung körperliche oder psychische Unlust. Dadurch stehen die Triebe in innigster Beziehung zu verschiedenen Affekten.

Das eigentliche sinnliche Begehren charakterisiert sich selber als ein Verlangen und Streben nach einem durch die Sinneserkenntnis vorgelegten sinnlichen Gute.

Die Grenzen des Normalen und Anormalen sind auf dem Gebiete des sinnlichen Begehrens sehr schwankend. Denn hier handelt es sich nicht darum, zu erkennen, was vor dem Forum des Verstandes für den einzelnen Menschen wahrhaft gut sei. Vielmehr haben wir zu bestimmen, wann ein Körpergefühl, wann ein Affekt, wann ein Trieb, wann ein Begehren in sich gerade als Körpergefühl, als sinnlicher Affekt, sinnlicher Trieb, sinnliches Begehren anormal seien. Im allgemeinen läßt sich bloß sagen, daß eine Anomalie erst dann vorliegt, wenn eine ausgesprochene Disproportion zwischen dem Objekt und dem Affekt, dem Triebe und Begehren herrscht, sei es nach Intensität sei es nach Dauer; oder wenn das entsprechende Objekt kein sinnliches Begehren mehr auslöst (ohne daß ein höheres Dazwischenkommen angenommen werden könnte); oder endlich wenn das Begehren einem naturwidrigen Objekte sich zuwendet. Die anormalen Erscheinungen aller einzelnen Affekte und Triebe zu beschreiben, ist eine Unmöglichkeit; ihre Zahl ist zu groß, ihr wechselseitiges Ineinandergreifen zu mannigfach.

Wir müssen uns begnügen, einiges zu sagen über die Störungen der körperlichen Lust und Unlust, der seelischen Lust und des seelischen Schmerzes überhaupt, über die gestörten und krankhaft ausgearteten Affekte im allgemeinen. Nur einen Affekt werden wir noch gesondert ins Auge fassen: die Furcht. Der Grund liegt in der wichtigen Rolle, welche die Störung dieses Affektes sowohl innerhalb der Grenzen physischer Gesundheit, als in manchen Formen geistiger Krankheit spielt.

Erstes Kapitel.

Störungen des körperlichen Schmerzes und der körperlichen Lust.

Wir beginnen mit dem körperlichen Schmerze und der körperlichen Lust. Sie stehen in innigster Verwandtschaft mit der Empfindung, wie schon die Ausdrücke Schmerz und Lustempfindung besagen, sie gehören zu den Körpergefühlen und zu den Affekten oder Leidenschaften zugleich und gehören insofern auch einer niedrigeren Stufe seelischer Entwicklung an, als die übrigen Affekte.

§ 1. Störungen des körperlichen Schmerzes.

Auf dem Gebiete körperlichen Schmerzes begegnen wir analogen Erscheinungen wie auf dem Gebiete der Empfindung. Wir finden eine krankhafte Herabminderung des Schmerzgefühles, eine krankhafte Steigerung und endlich einen spontanen Schmerz. Es wird hier schwer, ja oft unmöglich sein, das subjektive Element des „Affiziertseins" zu trennen von dem objektiven der Schmerzempfindung. Wir müssen uns bescheiden, beide zusammen unter dem Begriff des Schmerzes zu behandeln.

Wir beginnen mit der Analgesie, dem Fehlen des körperlichen Schmerzes oder der Herabminderung desselben. Insoweit die Analgesie mit Anästhesie verbunden ist, kam sie bereits bei den Sinnesempfindungen zur Sprache. Hier handelt es sich also um Analgesien, bei denen keine entsprechende Unempfindlichkeit zu bemerken ist.

Eine solche Schmerzlosigkeit oder wenigstens herabgesetzte Schmerzempfindung kann durch künstliche Mittel hervorgerufen werden z. B. durch Einspritzungen unter die Haut (Schleichsche Methode).

„Ich erinnere mich", erzählt Hellpach (S. 223), „einer Operation an mir selber, bei der ich den Schnitt, das Auskratzen, das Nähen als leise Berührungen, aber ohne den mindesten Schmerz empfunden habe." Richet führt eine ganze Reihe ähnlicher Beobachtungen an: „Während einer Operation fragte ich die Operierte: ‚Wie geht das?' Antwort: ‚Das geht nicht übel.' In diesem Moment kneife ich sie sehr stark, sie fühlt nichts. In einem andern Fall brachte Richet einem Patienten eine Zange in den Mund, um mit derselben die Zunge zu fassen. „‚Nehmen Sie mir doch diese Zigarette weg', sagte der Kranke. Beim Erwachen keinerlei Erinnerung. Einem andern fuhr man mit dem Bart einer Feder unter der Nase durch. ‚Kitzeln Sie mich doch nicht', sagte er. Diese Antwort gab er, während man ihm die großen Arterien verband, also in einem Moment, wo die Operation an sich sehr schmerzhaft sein muß." [1]

Ähnliche Fälle der Analgesie finden sich in der Hypnose, so daß man letztere entweder zur Verstärkung des Wirkens narkotischer Mittel oder einfach statt der Narkose verwendet hat. Als einfach schmerzstillendes Mittel hat das Opium resp. das Morphium eine weitgehende Bedeutung.

Es grenzt ans Fabelhafte, wie weit bei Irren namentlich in melancholischen und blödsinnigen Zuständen die Analgesie gehen kann.

„Rochoux berichtete (Sitzung der Académie de médecine vom 22. Dezember 1840) einen Unglücksfall, der durch Anästhesie des Kranken entstand.

---

[1] Richet, Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité 258 f bei Ribot, Psychologie des sentiments 35 f.

Ein Geisteskranker in Bicêtre brachte, während niemand im Zimmer war, seinen Kopf auf das rotglühende Eisen des Ofens und seine Arme mitten in die innere Glut. Erst der heftige Gestank zog Leute herbei; der Kranke war ganz gleichgültig und gab durchaus kein Zeichen von Schmerz, ungeachtet die Arme bis auf die Knochen verbrannt waren. Ein Beispiel freiwilliger Selbstverbrennung eines melancholischen Irren unter ähnlichen Erscheinungen findet sich in der Zeitschrift für Psychiatrie XI (1854) 717. Alle diese (weitgehenden) Anästhesien dürften zentral begründet sein. Vgl. Griesinger 83.

Vielleicht reiht sich unter die Analgesie ein Fall ein, der sonst schwer zu erklären ist. „Ich habe einen alten Mann gekannt", erzählt Mantegazza[1], „welcher mir gestand, er finde eine außerordentliche Lust daran, eine Lust, die keiner andern nachstehe, die entzündeten Ränder einer Alterswunde zu kratzen, die er seit vielen Jahren an einem Beine hatte." Das Schmerzgefühl war vielleicht herabgesetzt, während das Kratzen eine Lustempfindung weckte. Einen andern Fall berichten die Archives de neurologie (September 1903 S. 225). Es handelte sich um einen jugendlichen Verblödeten. Als ihm der Krankenwärter ein Bad bereitete, sah er den Leib des Patienten voll kleiner Wunden; jede war die Eintrittsstelle eines Stückes Metalldraht. Solcher Stücke waren im ganzen 37. In ihrer Länge wechselten sie von 3 bis 11 cm, in ihrer Dicke betrugen sie 1—2 mm. Um die Drähte zu entfernen, mußte man dem Kranken oft zuweilen tiefe Schnitte machen. Nicht die mindeste Klage, nicht die geringste Anstalt, sich zu verteidigen. Nur zwei-, dreimal bemerkte man ein leichtes Zucken im Gesicht. Im übrigen hätte man geglaubt, einen Leichnam unter Händen zu haben. Der Kranke befand sich damals in einer Periode der Depression und des Mutismus (stummes Schweigen), doch gab er zweimal an, wo sich noch Eisenstücke fänden. Um so seinen Leib mit Draht zu spicken, hatte der Kranke die Nächte seiner Krankheit verwandt.

Die gesteigerte Schmerzempfindung, Hyperalgesie, tritt uns besonders entgegen in den Zuständen gesteigerter Nervosität und in der Hysterie. Neuralgische und hysterische Kranke empfinden eine kleine Berührung intensiv schmerzlich. Dazu gesellt sich oft die außerordentlich peinigende Hyperakusie, wo jedes kleine Geräusch Schmerz hervorruft. Bei Geisteskranken können Neuralgien zum Ausgangspunkt für Wahnideen werden oder auch durch Übergreifen des neuralgischen Schmerzes auf andere Zentren, Halluzinationen und Zwangsvorstellungen hervorrufen oder auch affektartige Vorgänge herbeiführen (Krafft-Ebing 123).

Die Paralgesie oder der spontane Schmerz begleitet „als rheumathisches Reißen, als neuralgischer und neuritischer Schmerz . . . die mannigfachen Affektionen des peripheren Nervensystems, in den verschiedenen Körperregionen sich lokalisierend. Als Kopfschmerz wird er ein Anzeichen von Veränderungen

[1] Fisiologia del piacere 26 bei Ribot 64.

im Gehirn: die Vergiftungen — man denke an den alkoholischen Katzenjammer, an das Opium — der Gehirnabszeß, die syphilitische Durchseuchung, erzeugen mehr oder minder starke, mehr oder minder anhaltende Kopfschmerzen, die sich bei den Entzündungen der weichen Gehirnhaut, der Mengitis, bis zu wahnsinniger Heftigkeit zu steigern pflegen. Bei Epilepsie und Nervosität pflegen Anfälle von Kopfweh oder doch Eingenommenheit, dumpfe Schwere des Kopfes selten zu fehlen. Von den Rückenmarksleiden ist die Tabes gekennzeichnet durch die furchtbaren lanzinierenden Schmerzen, blitzartig mit ungeheurer Heftigkeit von der Wirbelsäule aus nach dem Bein hin ausstrahlende Schmerzempfindungen, die tage-, ja wochenlang den Kranken peinigen können." (Hellpach 226.)

Merkwürdig ist, daß Paralgesien auch in Regionen auftreten können, die bei Prüfung durch Reize völlig anästhetisch gefunden werden. Daher die Möglichkeit einer Anaesthesia dolorosa. Wahrscheinlich handelt es sich um eine zentral nervöse Erregung, die falsch lokalisiert wird, ähnlich wie beim „Schmerz im amputierten Bein".

Die Schmerzen können von einer verletzten Stelle weit in die gesunde Umgebung hinübergreifen (Irradiation) oder es können zugleich mit der Schmerzempfindung an der verletzten Stelle Schmerzen an einer entfernten Körperstelle auftreten (Mitempfindung).

§ 2. Störungen der körperlichen Lust.

Daß es eine Herabsetzung, ja ein gänzliches Aufhören von Lustgefühlen (Hyphedonie und Anhedonie) gibt, ist allbekannt. Es gibt Fälle, in denen der Genuß von Speisen keinerlei Genuß mehr erweckt, in denen jeder Geschmack ihnen zu fehlen scheint, wo sie fade und gerade deshalb unerträglich erscheinen. Nach den Aussagen tüchtiger Ärzte hört unter Umständen die sexuelle Lust ganz auf[1]. Bei Personen mit konträren Sexualempfindungen soll nach Krafft-Ebing (S. 73) der natürliche Geschlechtsverkehr eigentlichen Abscheu erwecken.

Eine häufig auftretende krankhafte Erscheinung im Gebiete der Lustgefühle, ist die Lust am Genusse schädlicher Substanzen, selbst solcher, welche in normalen Zuständen starke Unlust erregen. Der Mensch hat im übermäßigen Alkohol-, Opium-, Tee- und Kaffeegenuß, im unmäßigen Gebrauche des Tabakes und starker Gewürze sich selber solche anormale Lustgefühle geschaffen. Besonders werden wir krankhaften Lustgefühlen wieder begegnen bei der Perversität der Triebe; denn sie liegen diesen zum Teile wenigstens zu Grunde. Daß hier die Umstimmung des Organismus mit im Spiele ist, scheint zweifellos.

[1] Richet, Recherches 217 bei Ribot, Psychologie des sentiments 54.

Krankhafte Lustgefühle, ein Wohlbehagen und ein Gefühl der Kraft zeigt sich bei manchen Irren besonders in einer gewissen Periode der allgemeinen Paralyse, und es ist ein schlimmes Zeichen, ein Zeichen fortschreitenden Zerfalles, wenn vorausgehende Depressivzustände plötzlich in dieses Stadium einmünden, wenn der Trübsinn der maniakalischen Exaltation Platz macht (Griesinger 67). Verwandt mit diesen Lustgefühlen der Irren sind wohl die Gefühle des Wohlseins und der Leichtigkeit bei den Schwindsüchtigen. Diese fühlen sich nie wohler, als wenn es dem Ende zugeht. Auch die „Euphorie" mancher Sterbenden mag hierhin gehören. Die Auffassung Férés, welcher diese Lustgefühle einem momentanen Wechsel im Organismus zuschreibt, welcher die augenblickliche Aktivität und Leichtigkeit gewisser Funktionen befördere, scheint wohl einen Teil, aber nicht alle Fälle, in etwa erklären zu können.

Die größte Anomalie in dieser Hinsicht wäre wohl die Lust an der eigenen Qual. Allein zunächst könnte man sich fragen, ob überhaupt eine physische Lust am physischen Schmerze möglich sei, und dies darf man füglich verneinen. Entweder handelt es sich also um psychische Lust am physischen Schmerze, wie wir ihn bei Pessimisten, Melancholikern und Hypochondern finden können, oder was unter Umständen ebenso wahrscheinlich ist, um eine besondere Lust, welche dieselben organischen Bedingungen zur Voraussetzung hat, auf denen der physische Schmerz beruht, und also diesem parallel geht. Vielleicht lassen sich so zum Teil die Selbstverstümmelungen und Selbstqualen mancher indischen Fakire und muselmännischen Derwische erklären. Denn eines scheint sicher zu sein, daß unter besondern Umständen der physische Schmerz andere Lustgefühle sogar intensiv steigern kann, wie überaus traurige Erscheinungen im Gebiete perversen Geschlechtslebens zeigen (Masochismus).

Man hat die Frage aufgeworfen, ob Lust die Ursache einer schweren Katastrophe, des Irreseins oder des Todes werden könne. Der Streit schwankt hin und her. Die Fälle scheinen selten, und Ribot mag recht haben, wenn er annimmt, daß sie bloß bei schon krankhaft Veranlagten eintreten. Jeder noch körperlich und geistig gesunde Mensch hält eben die physische Lust in solchen Schranken, daß sie den Organismus nicht zerstört. Immerhin ist es wirklich die Lust, die übertriebene Lust, welche die schon vorhandenen Störungen bis zu jenem Grade steigert, wo sie den Tod herbeiführen. Nur so läßt sich der Tod infolge von Orgien und inmitten dieser Orgien erklären.

Zweites Kapitel.

Störungen des seelischen Schmerzes und der seelischen Lust.

Schmerz bleibt Schmerz, mag er nun körperlich oder seelisch sein. Kein Schmerz ist rein körperlich; denn wo die Seele nicht affiziert ist, kann von Schmerz keine Rede sein. Und kein sinnlich seelischer Schmerz ist möglich, ohne daß der Organismus in Mitleidenschaft gezogen würde. Dennoch ist es gut, beides zu scheiden: körperlichen Schmerz und seelischen Schmerz. Das Gesagte gilt auch von der Lust.

§ 1. Störungen des seelischen Schmerzes.

Wie es schwer ist, die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zu bestimmen, so ist es auch schwer, zu bestimmen, wann ein Schmerz oder eine Lust krankhaft ist, wann nicht. Die Grenze schwankt bei verschiedenen Individuen; ja bei ein und demselben Individuum kann der gleiche Schmerz, die gleiche Lust heute ganz berechtigt und morgen krankhaft sein. Stärke und Dauer der erregenden Ursache, psychische und physische Konstitution des Leidenden, sein augenblicklicher Zustand, die Stärke und Dauer seines Schmerzes und seiner Lust, die Intensität und zeitliche Dauer der Begleiterscheinungen müssen hier in Betracht gezogen werden. Griesinger bemerkt (S. 62) mit Recht, daß trübe und bittere Stimmungen krankhaft sind, „wenn sie sich immer und allenthalben dem Individuum aufdrängen, durch äußere Erregungen nicht mehr gehoben werden und statt von den Vorstellungskomplexen des Ich gehörig in Schach gehalten zu werden, diese tumultuarisch affizieren und einen andauernden Zustand peinlicher innerer Unruhe erregen".

Da tritt uns nun zunächst das traurige Bild der Melancholie entgegen. Wir behandeln dieselbe hier einzig unter der Rücksicht auf den psychischen Schmerz, in dem die andern Erscheinungen gestörter Seelentätigkeit teils bei andern Elementarstörungen, teils bei den Formen geistiger Krankheit zur Darstellung kommen. „Die Grunderscheinung im melancholischen Irresein bilden die schmerzliche, äußerlich nicht oder nicht genügend motivierte Verstimmung und eine allgemeine Erschwerung bis zur Hemmung der psychischen Bewegungen" sagt Krafft-Ebing (S. 291). Inhaltlich unterscheidet sich diese melancholische Verstimmung nicht von der motivierten schmerzlichen Verstimmung des Gesunden. Aber im Gegensatz zu dieser ist sie keine bloß teilweise, sondern eine alles umfassende. Der Melancholische ist in Wahrheit ein von Trauer Befallener, ein Lypemane. Entweder kennt er nur psychisch schmerzliche Vorgänge — oder er ist ganz gefühllos,

und das macht ihn noch unglücklicher. Weil die schmerzliche Verstimmung noch andere Störungen im Gefolge hat und diese selber wieder seelischen Schmerz wachrufen, erfährt der innere Schmerzzustand innerhalb gewisser Grenzen steten Zuwachs. Die ganze Außenwelt erscheint dem melancholischen Irren im trüben Spiegelbild seiner eigenen Verstimmung und weckt neue Trauer. Er fühlt sein Vorstellungsleben gehemmt, und dies lastet von neuem schwer auf ihm. Auf der Höhe der Krankheit fehlt jedes Gefühl der Lust und Unlust (psychische Anästhesie), und diese Veränderung ist ihm vielleicht das Peinlichste. Er liebt nicht mehr und wird nicht mehr geliebt, alles ist ihm fremd geworden. Der Kranke zieht sich vor allen zurück, scheut die Leute oder gebärdet sich feindlich gegen die Außenwelt, und seine psychische Anästhesie macht ihn gleichgültig und kalt gegen die wichtigsten Lebensbeziehungen. Dann wechseln zuweilen psychische Anästhesie mit psychischer Hyperästhesie. Der Gefühllosigkeit folgt ein Zustand, in welchem alle seelischen Vorgänge, ja sogar die Sinneswahrnehmungen mit peinlicher Unlust verbunden sind. In diesem Wechsel der Stimmungen scheint der Kranke launenhaft und trägt doch keine Schuld daran.

Die Hypochondrie kann in Rücksicht auf den seelischen Schmerz als eine Abart der Melancholie betrachtet werden. Bei ihr sucht und findet der Kranke „den Grund seiner Verstimmung und Depression in körperlichen Befindensstörungen, obwohl diese nur begleitende Symptome, nicht ursächliche Momente der melancholischen Verstimmung sind" (Krafft-Ebing 310). Man könnte auch gewisse Erscheinungen bei Hysterischen hierher rechnen. Indessen heißt es auf der Hut sein. Bei den Hysterischen kennen wir eben auch wie bei allen Kranken direkt nur die Schmerzäußerungen. Nun können wir aber gerade bei den Hysterischen kaum von den Schmerzäußerungen auf die Größe eigentlichen Schmerzes schließen. Denn gerade bei diesen Kranken zeigt sich oft eine auffällige Disproportion zwischen dem Reiz und der Reaktionsäußerung. (Vgl. Hellpach 379 ff.) Bei der Nervosität lösen die meisten psychischen Reize unlustvolle, spannende und erregende Gefühle aus, während der Körper eine krankhafte Ermüdbarkeit aufweist.

Endlich gibt es eine Art von Leuten — gewisse Pessimisten gehören zu ihnen — welche aus allen Ereignissen psychischen Schmerz herauszuschlagen wissen. Sie haben, wie Ribot sagt, Leid an der Lust, und wir können beifügen: zugleich eine gewisse Lust am Leide. Das gewöhnliche Volk rechnet sie, und nicht ganz mit Unrecht, zu den bizarren, verschrobenen Köpfen. Denn es handelt sich um ein wirkliches Abirren vom

rechten Wege. Vielleicht liegt eine Erklärung der Leidseligkeit darin, daß solchen Leuten das düstere Träumen zur zweiten Natur geworden und ihnen dann relativ am wohlsten ist, wenn sie „Trübsal blasen" können.

§ 2. Störungen der seelischen Lust.

Analog den Störungen des seelischen Schmerzes gestalten sich die krankhaften oder anormalen Erscheinungen der seelischen Lust. Die Herabsetzung der psychischen Lust (Hyphedonie) findet sich in verschiedenen Graden schon im gewöhnlichen Leben, ohne daß man einen eigentlichen krankhaften Zustand voraussetzen könnte. Zu Zeiten der Mattigkeit und nervöser Ermüdung vermag manches, was uns sonst ergötzen würde, keinerlei Freude abzugewinnen. Eine gewisse Apathie schleicht sich ein. Bei melancholischen Leuten steigern sich diese Erscheinungen.

„In den schmerzlichen Affekten", sagt Griesinger (S. 84), „erscheint uns die Außenwelt, ob belebt oder unbelebt, plötzlich kalt und fremd geworden, es ist uns, als ob auch unsere Lieblingsgegenstände gar nicht mehr zu uns gehörten, und indem wir von nichts mehr einen lebendigen Eindruck erhalten, finden wir uns noch mehr zur Entfremdung von den Außendingen und zur inneren Vereinsamung bestimmt."

Allein nicht erst schmerzliche Affekte, sondern schon die gereifte Erfahrung des Lebens mindern die Lustgefühle. Die Jugend ist an die Außenwelt durch tausend Bande geknüpft; alles weckt Interesse, erscheint frischer, bunter, lebensfroher. Bei steigender Erkenntnis beschränkt sich dieses Interesse vielfach, die Bande werden lockerer, die umgebende Welt verliert viel von ihrem rosigen Scheine, und die Schatten, die überall hervortreten, stimmen den Affekt reiner, ungeteilter Freude tiefer herab und machen ihn seltener. Eigentlich krankhaft wird der Mangel an Freude erst, wenn er andauert, wenn die alten Quellen der psychischen Lust versiegen und keine neuen sich öffnen; wenn das, was von Natur aus Interesse, Freude und Liebe wecken muß, kalt und teilnahmlos hingenommen wird. Esquirol beobachtete diesen Fall bei einem sonst geistig hochgebildeten Beamten.

„In ihm schien jede Affektion erstorben. Er zeigte zwar weder perverse noch gewaltsame Affekte, aber das Gemüt schien absolut nicht mehr zu reagieren. Ging er ins Theater (was er aus Gewohnheit zu tun pflegte), so fand er keine Lust daran. An sein Hauswesen, sein Heim, seine Frau und an die Kinder denken, die in der Fremde waren, machte ihm, wie er sagte, ebensowenig Eindruck wie ein Problem des Euklid." [1]

[1] Ribot, Psychologie des sentiments 54.

Lewes[1] erzählt: „Ein junges Mädchen wurde von einer Leberkrankheit ergriffen, welche während einiger Zeit dessen ganzen Zustand änderte. Der Charakter unterzog sich tiefen Wandlungen. Das Kind fühlte keine Zuneigung mehr zu Vater und Mutter. Es hätte gern mit seiner Puppe gespielt, aber es war ihm unmöglich, auch nur das geringste Vergnügen daran zu finden. Sachen, die es sonst laut auflachen ließen, waren ihm jetzt ohne jegliches Interesse. Einer andern Herabsetzung oder vielmehr Aufhebung der Lust sind wir oben beim psychischen Schmerze jener Melancholiker begegnet, die aus jedem, auch dem freudigsten Ereignis Kapital zu schlagen wissen für ihren Trübsinn.

Aber die Lust kann auch krankhaft gesteigert sein. Sie kann ohne irgend einen vernünftigen Grund auftreten oder ihrer Intensität und Dauer das Maß überschreiten.

„Es gibt auch beim Gesunden ein ‚Närrischwerden vor Freude', wo nicht nur das Gefühl der glücklichen Gegenwart alle Seelenkräfte expandiert, sondern plötzlich auch alle Träume der Zukunft realisiert erscheinen, wo Menschen und Dinge einem näher gekommen sind, wo man jedermann sein Glück teilen lassen und der ganzen Welt um den Hals fallen möchte. Es kann dabei sogar schon zu einer ziemlichen Unordnung und Inkohärenz der Ideen kommen, und es zeigt sich jedenfalls keine sehr tiefe Erregung, wenn der Glückliche sich gleich schnell besonnen, in alles zurecht zu finden weiß. Auch beim Gesunden ist mit diesen Gefühlen gewöhnlich ein Trieb zu äußerer Bewegung, Unruhe, vielem Sprechen und Geschäftigkeit verbunden." (Griesinger 65.)

Die berauschenden Getränke verdanken ihre Anziehungskraft vielfach der Steigerung der Lustgefühle, welche von ihnen hervorgerufen werden. So weckt der Alkohol im ersten Stadium der Intoxikation Freude und Lust: Un verre de vin c'est peu de chose, et pourtant il fait voir le monde de rose. Am deutlichsten tritt uns die anormale Steigerung der Lust entgegen im Bilde der maniakalischen Erregung, wo der Kranke zeitweilig in Freude und Lustgefühlen geradezu schwelgt.

Der Gefühllosigkeit für den psychischen Schmerz wie für die psychische Lust zugleich begegnen wir bei den Melancholikern. In ihrer höchsten Entfaltung ist sie ein wesentliches Element sehr vieler Zustände der Verrücktheit bis zur vollständigen „Seelenlähmung" des apathischen Blödsinns. „Alle früheren Gemütsinteressen", sagt Griesinger (S. 66), „werden hier gleichgültig, auch nichts Neues vermag den Kranken lebhaft zu berühren, Teilnahme und Interesse, Schmerz und Lust, Liebe und Haß hören

[1] Physical basis of mind 327 bei Ribot, Psychol. des sent. 54.

auf, Apathie und Gleichgültigkeit gegen das meiste, was über die Befriedigung der sinnlichen Bedürfnisse hinausgeht, treten an ihre Stelle." [1]

Drittes Kapitel.

Anormale Affektzustände.

Bei der großen Verschiedenheit, welche die Affektzustände bei den einzelnen Individuen annehmen können, sowohl was Dauer als Stärke anbetrifft, ist es hier noch schwieriger als auf andern Gebieten, die Grenze zwischen normalen und anormalen zu ziehen.

Fassen wir ein rein psychologisches Kriterium ins Auge, so muß ein Affekt (eine Leidenschaft) dann als abnorm gelten, wenn in der Dauer und Stärke keine Proportion mehr besteht zwischen der auslösenden Ursache und dem entstandenen Affekt. Hier ist natürlich die Grenze sehr schwankend, da neben der Ursache und der Art des Affektes auch die augenblickliche seelische Verfassung des Individuums, Alter, Bildung usw., in Betracht zu ziehen sind. Nehmen wir physiologische Kriterien zu Hilfe und nennen jenen Affekt abnorm, bei welchem die physiologischen Begleit- und Folgeerscheinungen eine zu große Intensität und Dauer zeigen, so steht es nicht besser. Denn es ist unmöglich, hier eine Norm anzugeben. Dagegen scheint das physiologische Kriterium gut, um eine Reihe von Affektzuständen als sicher pathologisch zu erklären. Wir scheiden diese letzteren vorläufig aus und wählen aus den sonstigen anormalen Erscheinungen zur Behandlung eine Ausartung des Affektes der Furcht aus: die Phobien. Andere bereits pathologische Erscheinungen dieses Affektes, wie krankhafte Angstzustände, werden wir gesondert behandeln. Den pathologischen Zorn werden wir bei der Tobsucht kennen lernen. Furcht und Zorn sind gerade die beiden Affekte, welche am häufigsten in eklatanter Weise krankhaft auftreten. Bei den expansiven Affekten hat man die Abnormitäten bis jetzt weniger beobachtet und noch weniger untersucht.

§ 1. Die Phobien.

Unter diesem Sammelnamen faßt man ein weites Gebiet unberechtigter Befürchtungen zusammen. Zum Teil hat man sie mit einem besondern griechischen Namen versehen, man spricht von einer Agoraphobie (Platzangst), Nosophobie (Ansteckungsangst), Thalassophobie (Angst vor dem Meer), ja sogar von einer Siderodromophobie (Eisenbahnangst) und einer Tria-

[1] Vgl. auch Binswanger, Allgemeine Symptomatologie der Geisteskrankheiten a. a. O. 41.

kaidekaphobie (der Furcht vor der Zahl 13). Da man schließlich alles fürchten kann, gibt es des Zählens und Übersetzens kein Ende mehr.

Bemerkenswert ist, daß sich zuweilen ein vager Zustand findet, in welchem man alles fürchtet, ein dauernder Zustand der Angst oder des Schreckens, den Beard mit dem Namen Panphobie oder Pantophobie bezeichnet hat. Die Angst bezieht sich auf keinen bestimmten Gegenstand, oder wenn sie sich zufällig an etwas Besonderes heftet, geht sie im nächsten Augenblick auf einen andern Gegenstand über. Gewöhnlich jedoch trägt die Furcht bei einer bestimmten einzelnen Person einen ganz bestimmten Charakter. Dem einen ist es unmöglich, über einen freien Platz zu gehen, einem andern wird es überaus bang, wenn er in einem verschlossenen Raume sein soll. Jener fürchtet immer, es möchte jemand hinter seinem Schranke verborgen sein oder unter seinem Bette liegen; dieser wagt es nicht, einen Gegenstand mit bloßer Hand anzurühren aus Furcht, angesteckt zu werden und andere wieder anzustecken u. dgl. mehr. Zu den Phobien dürfen wir wohl auch die Furcht der Skrupulanten rechnen, immer und überall zu sündigen. Es ist klar, daß die Phobien zu den Zwangsideen zu rechnen sind und nur dadurch eine besonders markante Gruppe unter denselben bilden, daß eben das sie begleitende Gefühl das der Angst und Furcht ist. Bei diesen Phobien treten hauptsächlich Hemmungen in den Vordergrund, d. h. die Furcht hindert zunächst irgend eine Bewegung oder Handlung, obgleich sie in der Folge eine Reihe von Antrieben auslösen kann. So hindert z. B. die Berührungsangst den von ihr Befallenen, irgend etwas zu berühren; ist aber seine Hand wirklich in zufällige Berührung gekommen, so sieht er sich genötigt, zehn-, zwanzigmal seine Hände zu waschen.

Ein Fall, den Weber[1] aus Krafft-Ebing anführt, wird mehr als Seiten der Auseinandersetzung erklären. „Fräulein M. N., 36 Jahre alt, gibt an, von Kindsbeinen auf nie normal gewesen zu sein; schon als Kind will sie von den heftigsten Zweifeln, namentlich in religiösen Dingen, gequält worden sein. ... ‚Öfters drängte sich mir die Frage auf: Was würde ich wählen, wenn ich die Wahl hätte, eine Sünde zu begehen oder eingesperrt zu werden? Wenn ich nun nach längerer Überlegung das erste wegen der Sicherheit meines Lebens und meiner Gesundheit vorziehe, so kommt gleich der Gedanke: Du hast jetzt im Geiste eine schwere Sünde begangen. Darüber gerate ich in Aufregung, schlage mit der Hand und schreie laut: „Nein, nein, das darf ich nicht tun, das will ich auch nicht tun!“‘ Bei den einfachsten und gewöhnlichsten Beschäftigungen und Verrichtungen des Alltagslebens ist Patientin im Zweifel, ob sie nicht dabei Sünden begangen, ob sie nicht gewisse Arbeiten lieber vom religiösen Stand-

[1] Zwangsgedanken und Zwangszustände, 1903.

punkt hätte unterlassen sollen. ‚Wenn nun dieser Zweifel an gewissen Tagen üppig wuchert, so bin ich dann unfähig, mich zu rühren, geschweige denn etwas zu unternehmen, obwohl ich weiß, daß mein Zweifel und meine Furcht ganz widersinnig sind.‘ ... Ein Kleid wagte sie jahrelang nicht zu tragen, weil es ein Herr, von dem sie hörte, daß er eine Neigung zu ihr habe, streifte, und weil ihr so durch dasselbe Sympathie zu jenem Herrn hätte zugeführt werden können. Sie trug aber das Kleid auch noch deshalb nicht, weil sie fürchtete, andere Mädchen damit zu berühren und so denselben Sympathien zu jenem Manne einzuflößen. ... Eine Türschnalle mit bloßen Händen zu berühren, ist ihr fast unmöglich — gewöhnlich nimmt sie rasch und geschickt ihr Kleid zu Hilfe; trotzdem konnte aber von dem Schmutze der Schnalle etwas auf ihre Finger gelangt sein, ja die Schnalle könnte sogar ein Metallgift enthalten, und dadurch könnten ihre Finger vergiftet worden sein. Sie wäscht sich daher unzähligemal die Hände. Nun fällt ihr das Gesetz der Teilbarkeit ein, wodurch sie gewöhnlich in einen Paroxismus kommt, weil sie nun der Gedanke quält, das Gift durch Wasser noch mehr geteilt zu haben; so könnte nun mit dem Wasser das Gift verspritzt und ausgegossen und eine große Anzahl von Menschen vergiftet werden. ... Ängstlich vermeidet sie ihren Fuß mitten auf die Fugen des Bodens zu setzen, ‚es könnten dort schlechte Gedanken haften‘. Plötzlich zuckt ihr in der Kirche der Gedanke durchs Gehirn, sich nicht anständig benommen zu haben, mit einem Blicke, mit gewissen Bewegungen die andern verleitet zu haben, das eben von der Kanzel herab verkündete Wort Gottes nicht zu glauben. Überall in ihrem Leben treten ihr Skrupel, Gefahren, Befürchtungen und Hindernisse entgegen. ... Im übrigen ist es eine besonnene Kranke, wohl fähig, ihren Geschäften nachzugehen und sich des Krankhaften der aufgedrungenen Gedanken bewußt zu sein.“ Wir finden also hier eine Reihe von verschiedenen Phobien, welche alle sich mehr oder minder mit der Furcht, zu sündigen, zu einem charakteristischen Bilde vereinigen.

Einen gefährlichen Charakter nehmen die Phobien, besonders die Krankheitsfurcht bei hypochondrischen Naturen an, die sich dann durch unvernünftiges Lesen medizinischer Schriften oder durch Verkehr mit Hypochondern allmählich in allerlei Krankheiten hineinleben und die verschiedensten Krankheitsgefühle in sich selber großziehen (Griesinger 220 f).

§ 2. Pathologische Affektzustände und ihre Wirkungen.

Nehmen infolge der Steigerung der Affekte die physiologischen Vorgänge, die ihnen zu Grunde liegen, sie begleiten und ihnen folgen, solche Gestalt an, daß das Selbstbewußtsein des so Affizierten leidet und seine motorischen Reaktionen das Gepräge willkürlicher Handlungen verlieren —, so muß ein solcher Affektzustand sicher als pathologisch betrachtet werden.

Entscheidend dafür, ob ein Affekt sich in solcher Weise krankhaft steigern könne oder nicht, ist der Zustand des Nervensystems, vor allem der

Gefäßnervenzentren, zur Zeit, wo der Affekt einsetzt. Die Affekte, besonders die depressiven, können gefährlich werden, wenn das Gehirn schon durch Vererbung dauernd leicht erschöpfbar ist und reizbare Schwäche zeigt oder wenigstens vorübergehend durch Krankheit, Nahrungsmangel, Kummer und Sorgen oder vorhergehende leidenschaftliche Affekte geschwächt ist. Tritt übrigens zu einem starken Affektstoß noch Alkoholgenuß oder hohe äußere Temperatur, so kann auch ein sonst rüstiges Gehirn auf Affekte pathologisch reagieren.

Die pathologischen Affekte können sich in ihrer Erscheinung einem tobsuchtähnlichen Anfall nähern (ira furor brevis) oder als Zustände stumpfsinniger Hemmung und Verwirrtheit sich darstellen. Ihre Lösung finden sie nach Stunden oder nach Tagen. Es gibt aber auch Fälle, wo daraus dauernde Geistesstörung oder auch ein direkter Verfall des geistigen Lebens in tiefem Irrsinn die Folge war.

Das Beispiel, das wir aus Krafft-Ebing (S. 216) anführen, bietet das Bild einer pathologischen Furcht.

„P., 11 Jahre alt, stammt von einer neuropathischen Mutter. Epileptische Antezedentien fehlen. Patient entwickelte sich gut, war bis vor 14 Monaten nie krank. Da erlitt er durch Fall eine Hirnerschütterung, infolge deren er mehrere Tage bewußtlos gewesen sein soll. Schon seit einiger Zeit bemerkte man an ihm ungewöhnliche Emotivität und Schreckhaftigkeit. Am 22. September 1880 drohte ihm der Vater Prügel an. Er erschrak darüber sehr und entlief aus Angst, wurde ganz verwirrt und verstört heimgebracht. Er kannte sich in der Schule nicht mehr aus, verstand nichts mehr vom Vorgetragenen. In diesem Zustande bekam er vom Hausknechte am 25. September ein paar derbe Ohrfeigen. Er wurde nun ganz stuporös, schreckhaft gehemmt, starrte vor sich hin. Am 26., bei der Aufnahme, ist Patient ganz verwirrt, sprachlich reaktionslos. Er sträubt sich gegen jede Untersuchung, hält den Mund fest geschlossen. Patient ist fieberlos. Puls 60, sehr klein. Keine Degenerationszeichen. Patient, dem Alter entsprechend entwickelt, etwas anämisch. Sich selbst überlassen, stellt er sich auf den Kopf, verdeckt das Gesicht mit Händen und Bettdecken, kugelt sich auf dem Boden. Tiefe Bewußtseinsstörung. Ab und zu wird die verwirrte Miene von einem Lächeln belebt. Die Pupillen sind andauernd sehr weit, reagieren jedoch. Die Nächte sind ruhig. Bis zum 30. September früh ist Patient verwirrt, drückt sich in den Ecken herum. Am 28. und 29. September saliviert er einige Stunden, zerreißt einmal das Hemd, das andere Mal den Hut, sieht schalkhaft drein, singt, pfeift gelegentlich. Auf Fragen nach seinem Befinden lächelt er verschmitzt und sagt: ‚Weiß nicht.' Am 30. September früh ist Patient nach gesund durchschlafener Nacht geistig wieder gesund. Er hat nur noch eine höchst summarische Erinnerung. Von halluzinatorischen und deliranten Erlebnissen weiß er nichts zu berichten. Er habe sich nicht ausgekannt, sei ganz dumm gewesen. Er komme sich vor, wie aus einem konfusen Traum erwacht. Patient bleibt in der Folge gesund."

Krafft-Ebing macht die Bemerkung (S. 216) bei den Fällen pathologischen Affekts, „handle es sich strenge genommen nicht mehr um Affekte, sondern um durch den Affektsshok entstandene transitorische Geistesstörung". Indes konnte man gerade bei dem vorhin zitierten Beispiele vermuten, daß der Patient am 26. bei der Aufnahme teilweise noch unter dem Affekte des Schreckens stand.

Transitorische Angstzustände krankhafter Natur zeigen sich vor allem beim sog. raptus melancholicus als episodische Erscheinung in der Melancholie. Die Angst ist hier verbunden mit Gefühlen von Druck und Beklemmung in der Herzgrube (Präkordialangst). Sie rüttelt den Kranken aus seiner Untätigkeit auf, sie treibt ihn unstät umher und macht ihn aufgeregt, ja kann ihn, wenn sie jäh und heftig auftritt, zur Verzweiflung treiben. Er geht dann zum Angriff gegen seine Umgebung über. Gerade diese Entladung der Angst bildet den raptus melancholicus. Sie kann sich auf einmal aus der tiefsten Passivität eines Melancholischen erheben.

Verwandt mit ihr sind die angstvollen Dämmerzustände der Epileptiker. Nur ausnahmsweise gesellt sich bei gesunden Menschen Präkordialangst zu peinlichen Vorstellungen. Dagegen findet sich diese Erscheinung häufig in den sog. Neurosen: Hysterie, Epilepsie, Melancholie, Hypochondrie und Hydrophobie. Krafft-Ebing bemerkt (S. 128): „Die Präkordialangst erscheint übrigens hier nur als die pathologische Steigerung eines unter physiologischen Bedingungen vorkommenden, affektartige psychische Bewegungen begleitenden Vorgangs in zum physischen Leben in inniger Beziehung stehenden Nervenbahnen."

Für das Bild des pathologischen Zornes verweisen wir auf das Beispiel, welches wir für die Tobsucht anführen werden. Andere Beispiele ließen sich bringen aus epileptischen Zuständen; endlich liefern die Zornausbrüche der Trunkenbolde der Belege übergenug.

Nicht selten wird die Ansicht geäußert, nur depressive Affekte der Angst, des Entsetzens und solche des Zornes führen zu pathologischer Reaktion. Diese Einschränkung mag wohl die allgemeine Regel zum Ausdruck bringen, absolute Geltung ist ihr nicht beizumessen. Der Zorn ist ein gemischter Affekt; er hat wesentlich auch eine expansive Seite und ist gerade nach dieser Seite hin einer pathologischen Steigerung fähig. Ferner wird man nicht leugnen, daß die auf bloß organischer Grundlage beruhenden Lustaffekte der maniakalischen Exaltation krankhafter Natur sind. Endlich ist die Möglichkeit einer krankhaften Ausgestaltung auch der expansiven Affekte in der Natur aller sinnlichen Regungen begründet.

Viertes Kapitel.

Störungen im Triebleben.

Die verschiedensten Triebe des Menschen sind krankhafter Veränderung und Umgestaltung fähig. Hier kommen bloß die sinnlichen Triebe zur Behandlung, und auch bei diesen scheint Beschränkung geboten, sowohl mit Rücksicht auf die Ausdehnung der hierher gehörigen Erscheinungen als besonders in Anbetracht der bis jetzt noch ungenügenden Sichtung des vorhandenen Materials.

§ 1. Sonderbarkeiten, Zwangsimpulse, impulsive Akte.

In der allerverschiedensten Weise können sich Anomalien im Triebleben äußern. Oft erscheinen uns dieselben als bloße Sonderbarkeiten großer innerlich lebhaft beschäftigter Naturen, als motorische Äußerungen eines inneren Dranges ohne bestimmte deutliche Affekte.

Man spricht dann von Manien. Einer stopft Prise um Prise in seine malträtierte Nase, während er indessen mit den tiefsten philosophischen Problemen beschäftigt ist, ein anderer begleitet all seine geistige Tätigkeit mit dem Trommeln seiner Finger, dem Drehen seines Taschentuches u. dgl. Der Verliebte sieht sich gezwungen, immer wieder nach dem Gegenstand seiner Liebe auszugucken, der Geizhals seine Münzen zu besehen und zu putzen. Es gibt eine Unmasse von Manien, und jeder Mensch hat hierin mehr oder minder seine schwache Seite. Bedenklicher ist die Zweifelsucht. „Ich kenne einen Herrn", erzählt Hellpach (S. 322), „der unablässig unter der Vorstellung steht, seine Kravatte lockere sich, und in jedes Spiegelschaufenster sieht, um das Gegenteil festzustellen. Junge Mädchen haben eine ähnliche Zwangsvorstellung ungemein oft in Bezug auf ihre Frisur; sowie sie sich beobachtet wissen, jemand hinter sich gehen hören, müssen sie durch einen Griff an den Haarknoten sich überzeugen, daß er in Ordnung sei." Dr Kaan führt nachstehenden Fall an: „Der Korrespondent einer großen Firma wurde infolge von Überanstrengung neurasthenisch und ertappte sich einmal dabei, wie er in einem Briefe eine Zahl unrichtig schreibt; dies genügt, um ihn zu zwingen, jeden Brief vor der Absendung viermal auf Form und Inhalt zu prüfen." [1] Wir haben schon oben bei den Zwangsvorstellungen gesagt, daß zum Glück die von ihnen Befallenen diese Vorstellungen nie ausführen oder nur die harmlosen unter ihnen.

[1] Bei Weber, Zwangsgedanken und Zwangszustände 57.

Hier haben wir es bereits mit Zwangsimpulsen zu tun, die aus Zwangsvorstellungen sich gebildet haben. Es handelt sich dabei nicht um Willensakte, wie ja schon die Bezeichnung Zwangsimpuls besagt, auch nicht um spontane Begehrungen. Sie sind ja dem ganzen Begehren zuwider. Wir müssen sie also unter das Triebleben einreihen. Charakteristisch bleibt für die Zwangsimpulse, daß der Kranke sich gegen dieselben wehrt und höchstens wider seinen Willen sich von ihnen fortreißen läßt. Die Impulse sind ihren Objekten nach ganz verschieden. Oft ist der Antrieb bloß zu lächerlichen Handlungen da. Häufiger handelt es sich schon um Akte, welche kompromittieren würden, und gar nicht selten um Impulse zu verbrecherischen, sakrilegischen Handlungen. So finden sich Antriebe, sich selbst oder andere in den Fluß zu stürzen u. dgl. mehr. Ebenso sind zuweilen neurasthenische Personen versucht, unzüchtige oder gotteslästerliche Worte auszusprechen. Sie fühlen den Impuls, die heilige Hostie auszuspeien, im Gebet statt Himmel Hölle zu sagen usw.[1] Zu den Zwangsimpulsen gesellt sich leicht heftige Angst, die sich — als Präkordialangst — zu nervösen Krisen, zu Ohnmachtsanfällen oder Verzweiflungsausbrüchen steigern kann. Wie es Zwangsimpulse gibt zu eigentlichen Handlungen, so gibt es auch Unterlassungsimpulse. Dieselben beruhen dann leicht auf irgend einer Phobie. Daß es infolge von Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulsen zu eigentlicher geistiger Krankheit kommen kann, läßt sich nicht wohl leugnen. Die Psychiater sagen, daß sich auf neurasthenischer Grundlage eine eigene Art von Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen bilden kann (Krafft-Ebing 472 ff). Je zahlreicher in Art und Ausgestaltung die Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse erscheinen, desto mehr muß es überraschen, wenn wir wahrnehmen, daß vielfach der typische Inhalt, ja sogar die zeitliche Reihenfolge von Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulsen bei Personen sich genau wiederfinden kann, welche nach Lebensstellung, Geschlecht, Alter, Bildung total verschieden sind. So folgen nicht selten dem Zweifel Grübelsucht, die Furcht der Verunreinigung durch Metalle, Tiere usw., verbunden mit dem ängstlichen Zwang, überall zu waschen, zu putzen ꝛc. Viele Psychiater erblicken hierin ein eigenes Krankheitsbild — folie du doute avec délir du toucher (Legrand du Saulle). Der Zwang, mit welchem diese Vorstellungen auf ihre Ausführung hindrängen, rührt wahrscheinlich her von der Angst und den Beklemmungsaffekten,

[1] Natürlich haben wir nicht zu vergessen, daß wirkliche Versuchungen des bösen Feindes an krankhafte Dispositionen sich anknüpfen können.

welche sie mit sich führen und die zu irgend einer Lösung drängen. Die Affekte ihrerseits können entweder entstehen aus der Vorstellung als solcher oder aus ihrem plötzlichen Auftreten oder ihrem bösartigen Verharren bzw. aus deren unwiderstehlicher Rückkehr. Der Affektzustand selbst erhält jedoch seine Stärke nicht von den Vorstellungen, sondern aus organischer Grundlage. Eine besondere Stärke der Vorstellungen an sich oder der physiologischen Vorgänge in der Hirnrinde, die ihnen zu Grunde liegen, braucht man nicht anzunehmen. Von Zwangsaffekten und Zwangsimpulsen zu den impulsiven Handlungen ist nur ein Schritt. Gibt der Kranke seinem Impulse nach, so findet er im Augenblick Befriedigung und Ruhe. Freilich oft bloß für den Augenblick. Die Qual stellt sich bald in einer neuen Art ein.

Sehr häufig findet sich der Trieb zum Muskelgebrauche und zu körperlicher Bewegung überhaupt, in geringerem Maße in der maniakalischen Erregung, sehr stark aber in tobsüchtigen Zuständen. Der Kranke fühlt das anhaltende Bedürfnis, sich unruhig hin und her zu treiben, um sich zu schlagen, zu schreien. Dabei verletzt er seine Umgebung und zerstört, was ihm in die Hände fällt. Dennoch hat er keineswegs die Absicht, zu schaden und zu zerstören. Es geht ihm fast wie dem Buben, der eine Keilerei anfängt, weil es ihm in den Gliedern juckt. Es sind Entladungen von motorischen Erregungszuständen in den motorischen Zentren oder auch Äußerungen inneren Druckes und innerer Beängstigung ähnlich.

An diese Triebe zum Muskelgebrauche reihen sich die Triebe zu einzelnen bestimmten Untaten, Diebstahl, Mord, Brandstiftung. Auch sie können hervorgerufen sein durch heftige Angstgefühle, tiefe Verstimmung, Langeweile, Heimweh, Weltschmerz 2c. (Krafft-Ebing 85).

„So heftig", sagt Griesinger (S. 77), „kann dann dieser Drang nach irgend einem Ende irgend einer Entscheidung seines qualvollen Zustandes werden, daß hier gar nicht selten Handlungen, die der Kranke im höchsten Grade verabscheut, aus dem Gefühle, daß nur in ihnen noch Rettung und Beruhigung für ihn zu finden sei, begangen werden."

Manchmal liegt im Hintergrund eine Wahnidee, z. B. des Verfolgtseins, die urplötzlich beim Anblick einer bestimmten Person zur schrecklichen Entscheidung führt. Zuweilen ist es eine Halluzination, die, sei es in Form einer Stimme oder einer Gesichtstäuschung Anlaß zur Untat gibt. Der Patient hört eine Stimme, die ihm zuruft: „Zünd an", „schlag ihn nieder", oder er hat Visionen von Blut, Feuerschein und glaubt, sich im Akte der Notwehr zu befinden. In andern Fällen ruft der organische Drang eine ererbte oder erworbene Triebrichtung (Stehlsucht, Trunksucht 2c.)

wach und führt zu ihrer Entäußerung. Öfters aber wird es von allerlei individuellen, schwer zu entdeckenden Umständen abhängen, auf welchem Weg der innere Drang sich entladet. Die so entstehende „Sucht" braucht gar nicht im Charakter begründet zu sein.

Die vorangeführten Ursachen zeigen zur Genüge, wie solche impulsive Akte entstehen können; man braucht nicht eigene Krankheitszustände, sog. Monomanien (Pyromanie, Kleptomanie, Nymphomanie 2c.) aufzustellen, bei denen nur durch den griechischen Namen die weitere Unkenntnis verborgen wird. Am wichtigsten aber bei all diesen Impulsen ist wohl immer die organische Verfassung des Patienten. Krafft-Ebing (S. 85) macht folgende wichtige Bemerkungen: Die impulsiven Akte deuten auf eine abnorme Erregbarkeit des psychomotorischen Apparates, d. h. jener Teile des Organismus hin, welche sonst der willkürlichen Bewegung dienen. Denn eine noch dunkle sozusagen erst im Entstehen begriffene Vorstellung reicht hier schon hin, um mit Umgehung von Intellekt und Willen unmittelbar sich in eine Handlung umzusetzen. Damit ist die Vermutung gegeben, daß diese Handlungen auf einer Entartung beruhen, die entweder angeboren oder erworben sei. Nach Morel finden sich diese impulsiven Akte nur bei degenerativen Irreseinszuständen. In nächster Linie kommen dabei die erbliche Entartung in der Gestalt von hysterischer und epileptischer Nervenkrankheit in Betracht und dann in zweiter Linie die durch schwere Gehirnverletzungen, durch Trunk und geschlechtliche Sünden gegen die eigene Person erworbenen Entartungszustände[1]. Vollständige Klarheit über das plötzliche Auftreten von Stehlsucht usw. ist freilich damit noch nicht erzielt.

Sehr wichtig zur besseren Beurteilung der Verantwortlichkeit bei solchen Patienten sind folgende Worte Griesingers (S. 85): „Ob und inwieweit gewisse Willensrichtungen und Triebe, besonders solche, welche zu verbrecherischen Handlungen führten, unwiderstehlich waren, ist eine Frage, die sich fast nie beantworten läßt. Den Charakter rein automatischer Zwangsbewegungen hat das allerwenigste in dem Tun der Irren; selbst in der Tobsucht — so sagen uns die Genesenen — hätte oft vieles von dem wilden Treiben noch zurückgehalten werden können; nicht einmal einen triebartigen Charakter haben gewöhnlich die verbrecherischen Taten der Irren. — Die Aufhebung der Freiheit (und wenn man will, der Zurechnungsfähigkeit) beruht also bei ihnen nur selten darauf, daß sie die vollbrachte

[1] Vgl. auch Maudsley, Physiologie und Pathologie der Seele. Deutsch von Böhm 323.

Tat schlechterdings gar nicht hätten unterlassen können, daß die formalen Bedingungen der Willkür ganz aufgehoben gewesen wären; die Gründe der aufgehobenen Freiheit liegen meist auf einem ganz andern Gebiete, beruhen auf heftiger Gemütserregung oder Verwirrung, auf falschem Raisonnement durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen" 2c., und wie Griesinger mit Berufung auf anderwärts Gesagtes noch betont, auf dem Mangel an Besonnenheit.

Mit der Einsicht einer physiologischen Begründung eines anormal gesteigerten oder perversen Triebes ist keineswegs gesagt, der Patient müsse sich demselben hingeben; es sei physiologisch notwendig. Kann doch der Mensch mit energischem Willen manchen auch noch so tief physiologisch begründeten Trieben widerstehen und muß widerstehen. Der normale sexuelle Trieb ist physiologisch tief begründet, und doch kann der Mensch widerstehen, und es widerstehen viele durch Enthaltsamkeit. Geleugnet soll nicht werden, daß auf degenerativer Grundlage (z. B. dementia senilis), wo zugleich Verstandesstörungen eintreten, es zur Ausführung perverser Impulse kommen kann, die dem Betreffenden nicht angerechnet werden dürfen. Willkürlich ausdehnen kann man diese Fälle nicht.

§ 2. Anormale Steigerung des Nahrungs- und Geschlechtstriebes.

„Eine Steigerung des Nahrungstriebs (Hyperorexie) wird nicht selten episodisch oder dauernd bei Hysterischen, Neurasthenischen, Hypochondern in der Weise beobachtet, daß derartige Personen schon kurze Zeit nach der Mahlzeit wieder ein mächtiges, mit lebhaften Beschwerden und allgemeinen Unlustgefühlen einhergehendes Hungergefühl verspüren, das gebieterisch Befriedigung verlangt, aber durch kleine Quantitäten Speisezufuhr sofort befriedigt wird (Krankhafter Heißhunger, Bulimie)." [1]

Bei vielen Kranken findet sich sodann ein gesteigertes Bedürfnis nach sog. Genußmitteln, so nach Alkohol und Tabak.

„Es sind vorzüglich Aufregungszustände, in denen dies beobachtet wird, namentlich Manien (im engeren Sinne einer speziellen psychischen Krankheit). ... Auch in körperlichen Erschöpfungszuständen und bei psychischer Verstimmung wird im sorgenbrechenden Alkoholgenuß nicht selten Erleichterung, Erfrischung

[1] Krafft-Ebing 77. Er macht darauf aufmerksam, daß das mangelnde Sättigungsgefühl, wie es bei Blödsinnigen und bei der dementia paralytica episodisch vorkommt, durchaus nicht ein Hungergefühl oder Bedürfnis nach häufiger Nahrung voraussetzt. Ebenso könne ein gesteigertes Verlangen nach Nahrung der Ausdruck der Langeweile bei Melancholischen, der Begehrlichkeit bei Maniakolischen, oder von Wahnideen bei Verrückten sein.

gesucht. ... Auch Leute von neuropathischer Konstitution kommen, um ihrer reizbaren Schwäche abzuhelfen, nicht selten zum Trinken gleich wie zum abusus morphii (Morphinismus)."

Einige pathologisch gesteigerte Triebe kehren periodisch wieder und verraten gerade dadurch ihre organische Grundlage. Krankhafte Triebe des Geschlechtslebens treten periodisch auf anläßlich periodisch manischer Aufregungszustände. Zuweilen kommen sie aber auch vor ohne begleitende allgemeine psychische Störung. In der Zwischenzeit zeigen sich keine Abnormitäten. Zur Zeit des Paroxysmus aber zeigen sich heftige peinliche Impulse zu Perversitäten. Nach Krafft-Ebing gehörten hierhin Fälle „paroxysmaler, pathologischer Liebe von Ehefrauen zu andern Männern" (S. 455). Wenn derselbe Psychiater hinzufügt: „Bemerkenswert ist übrigens, daß die krankhafte Episode nicht als eine Selbstverschuldung, vielmehr als ein unvermeidliches in einem psychisch abnormen Zustand zugestoßenes Verhängnis und Unglück empfunden wird", so ist folgendes zu bemerken. Die Entscheidung, ob Verschuldung vorliege oder nicht, hängt von dem Umstand ab, ob wirklich gegen den Trieb gekämpft wurde oder nicht bzw. ob noch jener Grad von Besonnenheit und Überlegung möglich war, welcher zur moralischen Handlung erfordert ist, oder ob er unmöglich geworden. War Besonnenheit möglich und doch kein Kampf geführt, dann ist die Schuld nicht zu leugnen. War keine Besonnenheit möglich, so handelt es sich um periodisches Irresein.

Ein eigentümliches Bild bietet die unter dem Namen Dipsomanie bekannte Verirrung der Trinklust. Eine Periode der Vorbereitung des Leidens geht voraus, ein Zustand, in dem sich deutlich die Veränderung im Allgemeinbefinden kundgibt: Unbehaglichkeit, Traurigkeit, Mangel an Energie und Mut, Apathie, moralische Gefühllosigkeit, vages Ahnen der Gefahr. Dann erfolgt der Ausbruch (wenn auch nicht immer) unter der Form eines heftigen, verzehrenden Durstes. Viele versuchen, zu widerstehen und sich selbst zu täuschen mit Hilfe von Wasser oder irgend einer Flüssigkeit, aber unter dem Druck eines immer wachsenden Bedürfnisses wird endlich der entscheidende Schritt getan[1]. Dies ist das traurige Bild der sog. Quartalsäufer. Der folgende Fall ist Krafft-Ebing (S. 453) entlehnt:

„K. Kaufmann, 59 Jahre alt, ein selfmademan von großer Begabung und eisernem Fleiß, konsultierte mich im Juni 1886 wegen Dipsomanie. Vater war ein nervöser, leicht erregbarer Mann. Patient bezeichnet sich selbst als

[1] Ribot, Psychol. des sent. 210 f.

nervös, erregbar, emotiv schwarzseherisch von jeher, als Gemütsmensch, gleich sehr irritiert, wenn ihm etwas nicht nach Wunsch ging, dann nur mühsam das Gleichgewicht wiederfindend und durch längere Zeit schlaflos. ... 1873 anläßlich finanzieller Bedrängnis wurde er akut neurasthenisch, dysthymisch [sein Gemüt krankhaft verändert], schlaflos, war fast ganz fassungslos und verzweifelt, ergab sich in diesem Zustand gegen seine Gewohnheit dem Trunke. Schon nach acht Tagen war Patient wieder im Gleichgewicht. In der Folge war Patient relativ wohl, sehr tätig und streng solid. Vor 4½ Jahren, im Anschluß an heftige Gemütsbewegungen, stellte sich ein dipsomanischer Zustand ein, der seither in Intervallen von vier bis fünf Monaten wiederkehrte. Vorbereitende Erscheinungen im Sinne einer reizbaren Schwäche des Nervensystems lassen sich übrigens auf etwa zwei Jahre vor diesem Anfall zurückverfolgen, insofern Patient rascher geistig und körperlich ermüdete, schlecht schlief, sich morgens müde und abgespannt fühlte, zunehmende Emotivität und Reizbarkeit zeigte, alles Widrige ungewöhnlich schwer nahm. Gegen diese neurasthenischen Symptome nahm Patient mit Erfolg ab und zu etwas Kognak, gelegentlich sogar — Aqua coloniensis. Die Prodromi der Anfälle dauern bis zu zehn Tagen und bestehen in Erscheinungen exazerbierender Neurasthenie, zugleich mit Dysthymie und vorwaltenden psychischen Hemmungserscheinungen. Es zeigen sich große Müdigkeit, geistige und körperliche Abgespanntheit, Interesselosigkeit für alles bis zu trostloser Apathie und Abulie, Willenlosigkeit und großes Schlafbedürfnis. Patient selbst bezeichnet seinen Zustand in diesem Stadium als den eines moralischen und psychischen Katzenjammers — er sei äußerst hinfällig, moros, habe Unlust gegen die wichtigsten Lebensbeziehungen, trostlose Langeweile, interessiere sich für gar nichts.

„Um aus diesem unerträglichen Zustand herauszukommen, greife er nach Spirituosen um so lieber, da sie ihm auch Schlaf bringen. In Ermanglung von Wein und Likören habe er aber auch schon ordinären Spiritus, selbst Essig und Petroleum getrunken. Er trinke aber nie aus Durst, sondern aus dem Bedürfnis, seinen fatalen Zustand zu beseitigen. Irgend einen Genuß habe er nie vom Trinken. Auffallend ist ihm selbst die Toleranz für Spirituosen. So trinke er auf der Höhe des Anfalles bis 25 Glas Kognak und viel Wein in einem Tage, ohne davon berauscht zu werden. Die Umgebung berichtet, daß wenn man Patient vom Trinken zurückhalten wolle, er zornig erregt werde, das Haus selbst im Negligé verlasse und in den obskursten Schenken seinem Drange fröne. Sich selbst überlassen, bringt Patient den größten Teil des Tages im Bette zu, reichlich versehen mit Kognak und Weinen. Er meidet jegliche geistige Tätigkeit, liest höchstens Kinderschriften, will niemand von seiner Familie sehen. In diesem Zustand bleibt Patient bis zu vier Wochen, jedoch kommen Intermissionen von zwei bis zehn Tagen vor, so daß protrahierte Anfälle eigentlich als eine Serie mehrfach sich wiederholender aufzufassen sind. Auf der Höhe der Anfälle ist Patient immer schlaflos. ... Die Lösung des Anfalls vollzieht sich rasch unter Schwinden der dysthymischen, abulischen und neurasthenischen Beschwerden und unter Wiederkehr ausgiebigen, erquickenden Schlafes, der jedoch anfangs noch durch häßliche, schreckhafte Träume gestört ist. Symptome von Alkoholismus fehlen. Intervallar ist Patient bis auf

seine habituelle Nervosität und seine labile, beständig in Extremen schwankende Stimmung wohl und in keiner Weise alkoholbedürftig. . . . Die eingeleitete Behandlung (Hydrotherapie, Seebad, Gebirgsklima usw.) versuchte tonisierend auf das Nervensystem zu wirken. Die Anfälle kehren gleichwohl wieder, verlaufen aber unter Opiumbehandlung . . . sehr mild, so daß zwei Gläser Rotwein und eine Flasche Bier pro die zur Befriedigung des Alkoholbedürfnisses genügen."

Bei solchen Fällen ganz periodischer Wiederkehr weisen alle Anzeichen darauf hin, daß organische Vorgänge zu Grunde liegen und es sich nicht um direkt seelisch bedingte Erscheinungen handelt. Periodische Trinker sind gewöhnlich belastete Naturen. Häufig lassen sich noch Nervenkrankheiten nachweisen — Neurasthenie, Hysterie und Epilepsie. Auch das weist auf die organische Grundlage hin, daß der Quartalsäufer selbst nach dem Essigkrug und der Petroleumflasche greift, wenn's nichts anderes gibt. Anderseits muß man insofern das Mitwirken eines geistigen Faktors zugeben, als oft mit der Periode des Anfalls eine traurige Mißstimmung gepaart erscheint und der Alkohol ein Lösungsmittel gegen die Niedergeschlagenheit darstellt[1].

Pathologisch scheint das sexuelle Leben gesteigert, wenn unmittelbar nach der Befriedigung die Libido wieder erwacht und die ganze Aufmerksamkeit in Beschlag nimmt, wenn dieselbe hervortritt bei geschlechtlich indifferentem Anblick von Personen und Sachen. Als krankhafte Anzeichen gehören bereits in dieses Gebiet das stetige Aufsuchen von Personen des andern Geschlechts, das Auftischen von Skandalgeschichten, das Sich-Putzen und Schniegeln, um die Aufmerksamkeit des andern Geschlechts auf sich zuziehen, noch mehr natürlich das Reden von Dingen, die das Geschlechtsleben betreffen. Es mag sein, daß schwärmerische Übertreibung in religiösen Dingen, gesuchte sinnliche Inbrunst beim Gebete ihre Gefahren für die Steigerung sexueller Gefühle und Triebe hat. Es ist aber entschieden zu weit gegangen, wenn Krafft-Ebing einfach den Satz aufstellt: „Als ein klinisches Äquivalent ist entschieden auch die religiöse Inbrunst und die Neigung, in religiösen Übungen sich zu ergehen, aufzufassen" (S. 80). Die von diesem Psychiater angeführten Momente bedürfen noch sehr der Unterscheidung. Zudem finden sie auf wahre religiöse Andacht, die auf klar erfaßten Glaubenswahrheiten sich aufbaut, keinerlei Anwendung. Daß Übertreibungen einzelner weich und sentimental gehaltener aszetischer Schriften

[1] Vgl. Cramer, Alkoholpsychosen in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgegeben von Binswanger und Siemerling, 196.

und Lebensbeschreibungen vorkommen, soll durchaus nicht in Abrede gestellt werden. Über die psychischen Aufregungszustände der Satyriasis und der Nymphomanie vgl. man, wenn nötig, die psychiatrischen Werke (Krafft-Ebing 79 f).

Auch hier darf nicht vergessen werden, daß in doppelter Weise diese abnorme Steigerung Platz greifen kann. Sie kann eine Folge neuropathischer Belastung, aber auch eine Folge von bereits gewollten Verirrungen sein. Wenn es gefehlt wäre, jene Unglücklichen hart zu behandeln, die schon durch ihre hereditäre Konstitution solchen Versuchungen ausgesetzt sind, so wäre es noch gefährlicher, das Nachgeben gegen solche Triebe als physiologische Notwendigkeit hinzustellen und so dem Laster den Freibrief zu geben. Sehr ausgeprägt tritt die Steigerung der Triebe auf im Irrsinn, wo infolge mangelhafter Besonnenheit, Verstand und Willen die Oberherrschaft total eingebüßt haben.

Zuweilen erkennt man in diesen Trieben die anormale Steigerung von Anlagen, die bereits im Charakter begründet lagen, bisher zurückgedrängt wurden, jetzt aber in der Zeit der Krankheit ungescheut und rücksichtslos geäußert werden. Häufig erscheinen sie wenigstens insofern als neu, als sie erst mit der durch die Krankheit bedingten Charakterveränderung sich einstellten. Der früher Schamhafte kann dann im Irrsinne eine aller Scham bare Unsittlichkeit zur Schau tragen, der Sanfte und Wilde roh und gewaltig werden. Auch die scheinbar in ihrer ganzen Art neuen Triebe, wie das Sammeln von Federn, Lumpen, Papier ꝛc., sind in der Natur grundgelegt, traten aber vor der Vernunfttätigkeit zurück. Griesinger erinnert an die Sammel- und Kunsttriebe mancher Tiere und fügt dann die Bemerkung bei:

„Überhaupt nimmt das Tun der Geisteskranken in den Zuständen von Irresein, wo viel äußerlich gehandelt wird, einen, nach Jackobis treffendem Ausdruck, durchaus triebartigen Charakter an, und sehr auffallend ist oft der damit übereinstimmende Ausdruck der Physiognomie, der ganzen Mimik, die häufig lebhaft an den Habitus und die Gebärden einzelner Tierspezies erinnern."

§ 3. Krankhafte Umgestaltung von Trieben.

Eine große Rolle spielt im anormalen Seelenleben die krankhafte Umgestaltung oder Perversität der Triebe. Auf sexuellem Gebiete zeigt sie sich im widernatürlichen Geschlechtsverkehr (homosexuelle Affekte und Triebe), im Suchen eines Ersatzes oder der Steigerung geschlechtlicher Lust durch Selbstpeinigung oder Mißhandlung anderer (Masochismus und Sadismus). Die nötigen Daten über diese widerlichen Ausschreitungen

findet derjenige, welcher seines Berufs wegen Aufschluß haben muß, in den psychiatrischen Werken. Es ist sehr zu fürchten, daß an der weiteren Verbreitung von Darstellungen aus diesen Gebieten mehr laszives als wissenschaftliches Interesse beteiligt ist.

Wir wollen daher die Perversität der Triebe an einem andern Objekte prüfen, an dem Nahrungstrieb.

„Die Schwangerschaft bringt in den ersten Monaten Störungen in der Verdauung, im Blutumlauf, in den Ausscheidungen hervor; die Ernährung wird unvollständig und zugleich treten jene Bizarrerien im Appetit, jene Geschmacksverirrungen auf, die jedermann kennt, und deren Liste endlos sein würde.[1] Bei den Blutarmen, Gelbsüchtigen, Hysterischen und andern Personen, bei denen die Ernährung schlecht ist, bemerkt man ein lebhaftes Verlangen nach Erde, Stroh, Tabak, Kreide, Sand, Kohle usw. und eine Abneigung gegen die schmackhaftesten Nahrungsmittel. Es gibt viele Beispiele von Hypochondern, die mit wahrer Lust Würmer, Kröten, Spinnen, Raupen usw. suchen und essen, und der Beginn der Geistesstörung ist oft markiert durch eine exzentrische und ungeordnete Ernährungsweise.

„Auf einer noch tieferen Stufe stehen die Koprophagie und Skatophagie (das Verschlucken der Exkremente, des Urins, des Inhalts von Spucknäpfen usw.). Man begegnet ihnen nur bei Idioten und Verrückten, d. h. bei Wesen, deren einfachste Instinkte entweder ganz verschwunden oder ganz pervertiert sind."

In ähnlicher Weise geht es mit dem Geruche. „Es gibt Personen, welche die delikatesten Aromata nicht ausstehen können, dagegen den Geruch von Valeriana, Asa foetida und schlimmeren noch mit Freuden kosten."

Mit den Trieben selber ändert sich auch Lust oder Unlust, Wohlgeschmack und Ekel. Die Befriedigung des pervertierten Triebes bringt Lust, seine Nichtbefriedigung Unlust. Die Verirrungen der Triebe beruhen auf einer Störung im Organismus, in den Gemeinempfindungen und Körpergefühlen. Diese Störung kann ihrerseits entweder rein physiologischer Natur sein, kann aber auch von psychischen Faktoren wenigstens zum Teil abhängen. Denn auch ein pervertierter Trieb kann herangebildet und durch eigene Schuld groß gezogen werden.

§ 4. Herabsetzung des Triebslebens.

Eine Herabsetzung, ja ein fast gänzliches Erlöschen der Triebe bis auf diejenigen, welche den elementarsten sinnlichen Bedürfnissen dienen, finden wir im apathischen Blödsinn, ob derselbe nun angeboren oder nur ein

[1] Ribot, Psychol. des sent. 209. Gleichzeitig erscheinen bei einigen Frauen krankhafte Tendenzen anderer Art: Liebe zum Morde anderer wie zum Selbstmorde, Abscheu vor dem Gatten, Drang, zu stehlen usw.

letztes Stadium einer immer mehr organisch zerrüttenden Geisteskrankheit darstellt. Vorübergehend scheint sie ein Teilbild der Melancholie besonders der melancholia cum stupore zu sein.

„Eine Verminderung des Nahrungstriebes (Anorexie) beruht bei manchen Melancholischen, Hypochondern, Hysterischen auf einer Hyperästhesie der Magennerven, wodurch schon nach geringer Zufuhr von Nahrung ein lästiges Gefühl, des der Sättigung, des Vollseins, im Magen bedingt wird" (Krafft-Ebing 77).

Nahrungsverweigerung läßt sich übrigens nicht so selten auf Wahnideen von Vergiftung, Unwürdigkeit u. dgl. oder auf Halluzinationen zurückführen. Dann gehört sie nicht mehr in das Gebiet der Triebstörungen.

Auf sexuellem Gebiet erscheint vollständiges Fehlen geschlechtlicher Affekte und Regungen bei normal ausgebildetem Organismus — wenn nur rein natürliche Faktoren in Betracht kommen — entweder als eine angeborene Entartungserscheinung oder als eine durch Krankheit oder Exzesse in vino et venere erworbene Degeneration.

Dritter Abschnitt.

Störungen des geistigen Erkennens.

Die drei Funktionen der höheren und geistigen Erkenntnis, Begriffsbildung, Urteil und Schluß greifen vielfach und wechselseitig ineinander. Denn ebenso wie Begriffe notwendig sind, um Urteil und Schlüsse zu bilden, so beteiligen sich Urteil und Schluß hinwiederum an der begrifflichen Bearbeitung und Verwertung des Erfahrungsmaterials. In dieser begrifflichen Bearbeitung treten denn auch die intellektuellen Störungen am klarsten hervor, und zwar in doppelter Hinsicht. Entweder gibt sich nämlich eine Herabsetzung und Verkümmerung der begrifflichen Verarbeitung kund, die sich von einer bloßen Verlangsamung bis zur fast völligen Aufhebung der Begriffs-, Urteils- und Schlußbildung, sei es infolge depressiver Gemütszustände oder infolge von psychischen Schwächezuständen ausbilden kann, oder aber die geistige Verarbeitung scheint für den Beobachter beschleunigt, gerät aber dabei in Unordnung, durchbricht alle Denkgesetze, steigert sich zum vollendetsten Widerspruch und Unsinn. Besonders liefern die Paranoia und die ersten Stadien der Paralyse dafür eklatante Beispiele. Dabei zeigen sich folgende Anomalien: a) die Scheidung und Gruppierung des Erfahrungsmaterials vollzieht sich nicht auf Grund innerer, den Dingen selber ent-

nommener Merkmale, sondern auf rein äußerlichen Ähnlichkeiten. b) Demnach wird Wesentliches und Unwesentliches durcheinandergeworfen und unter einen Hut gebracht. c) Es werden Beziehungen besonders zur eigenen Person in die Dinge hineingetragen, die absolut nicht existieren. „Ein Kranker gewann aus dem Hüpfen der Frösche im Wasser Andeutungen, daß er sich aus dem ihm unsympathischen Wohnort entfernen möge. Eine Kranke fand in der Ankündigung des Theaterstücks ‚die Neuvermählten' eine plumpe beleidigende Anspielung auf ein vor 20 Jahren bestandenes Liebesverhältnis. Eine andere war tief betrübt über das Geschenk einer Perlmutterdose, weil man ihr damit zu verstehen gab, daß sie keine Perle der Mütter sei" (Krafft-Ebing 385).

Je nach der Art der psychischen Krankheit zeigen sich dann als Wirkungen der psychischen Störung Wahnideen und Wahnsysteme oder mit der Weiterentwicklung psychischer Schwäche geistige Verarmung und Verödung des Lebens.

In Bezug auf den Mangel begrifflicher Verarbeitung hat Hellpach (S. 317) recht, wenn er schreibt: „Jedes einzelne Erlebnis, jeder Eindruck wird dann für sich aufgenommen. Natürlich haftet er nur kurze Zeit; denn allein die Eingliederung neuer Vorstellungen in die bereits gebildeten Allgemeinbegriffe vermag sie auf die Dauer zu bewahren. Das innere Leben ist dann wohl ein unaufhörliches Kommen und Gehen, aber kein Bleiben von Eindrücken, keine Aufspeicherung eines zu selbständiger Tätigkeit verfügbaren Erinnerungsschatzes ... In dem Maße aber, wie das Vermögen fehlt, die kommenden Eindrücke begrifflicher Verarbeitung zu unterwerfen, macht sich auch ein Mangel an Teilnahme für sie bemerkbar, und zu der Armut des geistigen Lebens tritt auf diese Weise gar bald auch noch Interesselosigkeit und Stumpfheit gegen die umgebenden Ereignisse."

Erstes Kapitel.

Die Störungen des Gedankenablaufes.

Die formalen Anomalien, d. h. diejenigen, welche die Schnelligkeit des Gedankenganges beeinflussen, können nur mit Schwierigkeiten einigermaßen umgrenzt werden. Denn schon zwischen Gesunden herrschen in dieser Beziehung die größten Unterschiede, und auch bei dem einzelnen, normal veranlagten Menschen entwickelt sich die Schnelligkeit des Denkens mit der zunehmenden geistigen Übung. So fehlt zur Bestimmung der pathologischen Grenze jede feste Norm.

Was zunächst die Verlangsamung des Denkens anbetrifft, so beruht sie, wie schon früher bemerkt wurde, wenigstens zum großen Teil auf der Verlangsamung des Vorstellungsablaufes. Deshalb sind die

Ursachen in einer Herabsetzung der Gehirntätigkeit zu suchen. Übrigens ist es besonders bei den Geisteskranken oft schwer, eine wirkliche Denkverlangsamung zu konstatieren. Das Geistesleben des Irren kennen wir ja meistens bloß aus seinen sprachlichen Äußerungen. Eine Sprachhemmung, d. h. eine sei es sensorische sei es motorische Sprachhemmung, vermag also leicht eine Denkverlangsamung vorzutäuschen. „Wir werden Denkverlangsamungen mit einiger Sicherheit bloß dort voraussetzen dürfen, wo die klinische Erfahrung Sprachhemmungen nicht kennt: in den Krankheitsbildern des angeborenen Schwachsinns, der Melancholie und der paralytischen Verblödung. Wo aber überhaupt Sprachhemmungen vorkommen, wird der Schluß auf Denkhemmungen, selbst nachdem jene verschwunden zu sein scheinen, zum mindesten sich auf einem sehr niedrigen Niveau von Zuverlässigkeit bewegen. Das ist gerade für die beiden großen Krankenbilder des manisch-depressiven Irreseins und der jugendlichen Verblödung festzuhalten, für die man beträchtliche Verlangsamungen des Gedankengangs oft annehmen zu dürfen glaubt" (Hellpach 317 f).

Häufig ist die Denkverlangsamung verbunden mit einer Denkhemmung. Der Kranke fühlt die Unmöglichkeit, in einer bestimmten Richtung zu denken. Es ist ihm zu Mut, als stellte sich ihm ein unbezwinglicher Widerstand entgegen. Die Denkhemmung entsteht meistens unter dem Drucke einer Gemütsstimmung, entweder indem diese jegliches Denken hindert oder dasselbe ganz auf den Gegenstand der gegenwärtigen Gemütsstimmung konzentriert, so daß der Kranke sich zu jeglichen Gedanken unfähig fühlt oder nur an seinen psychischen oder physischen Schmerz denken kann. Damit erhält das geistige Leben den Stempel einer traurigen Einförmigkeit, die echte Signatur der manisch-depressiven Zustände. Doch ist hier noch die tröstliche Aussicht auf Heilung vorhanden. Eine Art Denklähmung ist dagegen eingetreten, wo jegliche Fähigkeit, den Gedankengang zu regeln, fehlt, wo die Kraft, selbst die wenigen einförmigen Begriffe und Gedanken festzuhalten, ganz abhanden gekommen ist, wo der Geist haltlos und regellos von Gedanken zu Gedanken zieht, wie gerade die unwillkürliche Assoziation es ergibt. Widerstandslos ergibt sich der Geist einem Sinneseindruck, einer plötzlich auftauchenden Erinnerung. Hier ist eine dauernde psychische Schwächung eingetreten, eine dauernde Verarmung des Geisteslebens. Sie ist das traurige Anzeichen aller der verschiedenen Formen unheilbarer Verblödung.

„Zu große Langsamkeit des Denkens, sagt Griesinger (S. 67), „rührt entweder von einer Unterdrückung durch heftigen psychischen Schmerz, der das

Bewußtsein ganz füllt und nichts anderes neben sich aufkommen läßt, oder von wirklicher Schwäche, namentlich von dem Verluste des Gedächtnisses her. In beiden Fällen, so verschieden sie ihrem inneren Grunde nach sind, beobachtet man Armut und Einförmigkeit im Vorstellen; der Zug der Gedanken scheint mitunter stille zu stehen, einzelne Worte, Redensarten, Bewegungen, die stundenlang wiederholt werden, zeigen das Beharren einzelner Vorstellungen; oft ist ein Stocken der Rede, eine große Unsicherheit in der Verknüpfung der Gedanken und Schüchternheit im Urteil zu bemerken."

Analogien zur Denkhemmung und Denklähmung finden sich bereits im Schlaf und Traumleben. Ist der Schlaf nicht gesund, sondern irgend durch ein körperliches Unbehagen gestört, so können widerwärtige und erschreckende Vorstellungen immer und immer wiederkehren und den Träumer bis zur furchtbaren Angst, zur peinlichsten Verzweiflung quälen. Auch in der Schlaflosigkeit tritt uns oft eine ähnliche Erscheinung entgegen.

Gibt es eine Denkbeschleunigung? Würde man unter dem Namen „Denken" bloß ein Gedankenspiel verstehen, so wäre es klar, daß eine Denkbeschleunigung der Beschleunigung des unwillkürlichen Vorstellungsverlaufes parallel gehen kann.

„Eine erhöhte Produktion und ein beschleunigter Ablauf der Gedanken", bemerkt Griesinger (S. 68), „kann in mäßigeren Graden die geistige Kombination erleichtern; man sieht den zuweilen, sonst eben nicht geistreichen Menschen scharfsinniger und witziger werden, namentlich stellt sich zuweilen der gelungene Ausdruck feineren Spottes gegen die Umgebung, leichterer Versifikation u. dgl. ein. Indessen hört man nur wenig Kluges von den Irren [und das gleiche gilt von den Schlafenden und von den Betrunkenen]. Denn gerade in diesen Zuständen, wo der bildenden geistigen Tätigkeit ein reichlicheres Material geboten wird, stellt sich gewöhnlich sehr bald Unordnung und Verworrenheit ein."

Ziehen wir aber das eigentliche menschenwürdige Denken in Betracht, das wirklich einen geistigen Fortschritt bedeutet, so müssen wir sagen, daß es keine krankhafte Denkbeschleunigung gibt, daß eine solche bloß vorgetäuscht wird, während in Wirklichkeit eine Denkverlangsamung und -Verarmung zu Grunde liegt.

Während wir aber bei den Vorstellungen bloß mit diesen beiden formellen Abweichungen es zu tun hatten, gesellt sich auf dem Gebiete des Denkens eine dritte Anomalie formeller Natur hinzu: die Abbrechung und Durchkreuzung des Gedankenganges. Wir konnten beim Ablauf der Vorstellungen von einer solchen Durchkreuzung weniger sprechen, weil dort eine Norm für die regelrechte Aufeinanderfolge von Vorstellungen nicht gegeben war und die bloßen Assoziationsgesetze deren Abfolge einen sehr weiten Spielraum gewähren.

Ein Beispiel dieser Art liefert das folgende Gespräch eines Paralytikers im Stadium des Größenwahns [Störring 371 ff]: „O Gott, o Gott, ich habe ja so viele Ideen, jede Sekunde eine Idee! Ich werde ja noch wahnsinnig, mein armer Kopf! Ich bin das größte Genie, das je existiert hat, und sitze hier im Narrenhaus: ich armer Tropf, ich bin ja zu allem fähig; lassen Sie mich zu meiner armen Frau! Ich bin Offizier, Sie dürfen mich nicht zurückhalten; ich habe den Krieg mitgemacht; ich müßte eigentlich im Generalstabswerk stehen, aber ich habe es nicht haben wollen. Ich schenke ja meine besten Ideen her; mir liegt die Literatur und die Philosophie am Herzen: ich kann ja meine Patente nicht alle verwerten, ich denke ja jede Viertelstunde ein neues aus. Wollen Sie sich eine Equipage anschaffen, Herr Doktor? Ich bin der beste Pferdekenner; ich schenke ihnen zwei prächtige Trakehner; ich bin Ihnen ja ewig dankbar, Sie sind mein Retter, mein Heiland. Sie retten der Welt in mir ein Genie! Machen Sie mich gesund, ich küsse Ihnen aus Dankbarkeit die Stiefel! Herr Gott, stehe mir bei, rette mich aus diesem Narrenhause; zerschmettere die Leute, die mich so mißhandeln! Was ist das für eine scheußliche Anstalt! Der Baumeister hat ja gar nichts verstanden! Sehen Sie, Herr Doktor, ich will Ihnen einmal zeigen, wie Sie das umbauen. Die Anstalt ist viel zu akustisch; da müssen Filztapeten her; die Geisteskranken dürfen Sie nicht machen lassen, was sie wollen; da muß strenge Zucht her. Überhaupt räumen wir die Baracke aus, machen eine Pionierkaserne daraus; der Neckar ist ja in der Nähe; die Irrenanstalt verlegen wir ins Schloß, ich baue es um, ich bin ja über die historische Bedeutung orientiert. Wir machen die Ausgrabungen, wie die von Schliemann. — Ach Gott, heißt er Schliemann? Ich verliere ja das Gedächtnis; ich bin ja wahnsinnig; ich bin ja verrückt; geben Sie mir Blausäure, daß ich verrecke; ich will gerne sterben. Lassen Sie mich fort, lassen Sie mir Handschellen anlegen und mich durch einen Polizeikommissar in meine Heimat bringen, ich kann mein Leben nicht im Irrenhaus zubringen, was wird aus der deutschen Wissenschaft, aus den Universitäten; ich bin doch ein Genie, wie Sie doch merken müssen; ich spreche französisch, bin ich also verrückt? Aber ein Segen war's, daß ich ins Narrenhaus kam. Soll ich Ihnen den ‚Faust' deklamieren?"

Die Ablenkbarkeit des Geistes ist schon aus dem normalen Leben allen bekannt. Sie hat aber die verschiedensten Stärkegrade bei verschiedenen Personen in verschiedenen Lebensaltern und verschiedenen Lebensumständen. Jedermann kennt die Ablenkbarkeit des kindlichen Geistes, und eine gewisse Unmöglichkeit, Gedanken festzuhalten, begegnet uns in der Ermüdung. Starke sinnliche Eindrücke zerstreuen, und statt des gewollten Gedankenganges treten ganz andere Vorstellungen auf. Kleinigkeiten, die nicht oder nur höchst lose mit der Hauptsache zusammenhängen, drängen sich störend ein und geben der Rede den eigentümlichen Charakter der Umständlichkeit. Deutlich pathologische Formen aber nimmt die Ablenkbarkeit erst in ihren höheren Graden an, wo sie sich zum berühmten Zustand der Ideenflucht steigert.

Bei ihr fehlt die innere Verknüpfung, wenigstens diejenige gewollter Assoziationen. Fehlt auch noch das äußere Band der Klangähnlichkeit,

so zeigt sich das Bild der eigentlichen Zerfahrenheit. Wir können mit Hellpach diese Zustände anormaler Ablenkbarkeit unter dem Sammelnamen „Verwirrtheit" fassen.

„Gegenüber den Verwirrungen des Denkens kennen wir eine andere Art von Unterbrechungen, die den vorhandenen Gedankengang nur durchreißen oder auch ganz beiseite drängen, ohne in seine Inhalte verändernd einzugreifen. Einmal können einzelne Vorstellungen mit einer uns belästigenden Zähigkeit sich immer wieder uns aufdrängen. Bestimmte Redewendungen, Gassenhauermelodien, der Titel eines Buches, eine Zeitungsreklame schieben sich unablässig in unser Denken ein. Das sind Vorkommnisse, die fast alltäglich vorkommen. Pathologisch gesteigert erscheinen sie als Stereotypie bei der jugendlichen Verblödung, wo einzelne Wortkomplexe sich wochenlang immer wieder in das Sprechen drängen und seinen äußeren Zusammenhang zerreißen. Weit bedeutsamer aber sind die Zwangsvorstellungen. Sie unterscheiden sich von den vorherbesprochenen vor allem insofern, als sie unterm Drucke starker Gefühlsverstimmungen, lebhafter Erwartung, quälenden Zweifels, drückender Sorge stehen und sich dadurch unsere ganze innere Persönlichkeit unterwerfen" (Hellpach 321).

Da wir von den Zwangsvorstellungen oben bei den Störungen der Phantasie gesprochen, könnten wir auf das dort Gesagte verweisen.

Zur Erklärung der Verwirrtheit macht Krafft-Ebing (S. 57 ff) einige wichtige Bemerkungen:

„Verworrenheit oder Verwirrtheit ist zunächst eine gewöhnliche Erscheinung in Affektzuständen besonders da, wo es sich um ein belastetes oder geschwächtes Gehirn handelt. Die heftige Gemütserregung führt hier massenhafte gegensätzliche Vorstellungen ins Bewußtsein und hindert vorläufig deren Apperzeption, Assoziation, logische Sukzession. Dies gilt namentlich für den Affekt der Befangenheit, wo das peinliche Gefühl der Unsicherheit, der Gefahr des Mißlingens, störend die Entwicklung des Vorstellungsablaufs z. B. in Rede oder komplizierter Handlung bis zur tatsächlichen Unmöglichkeit der intendierten Leistung beeinflußt.

„Verwirrtheit ist ferner wichtiges Symptom in psychischen Erschöpfungszuständen. Sie läßt sich zurückführen auf eine funktionelle Schwäche in der logischen Knüpfung der Assoziationen, wobei der Gedankenfaden beständig abreißt, der Gedankengang lückenhaft bleibt, vielfach auch zwangsmäßig gar nicht zur Sache gehörige Vorstellungen sich einschieben. Dazu kommt in derartigen deliranten Schwächezuständen die beständige Durchkreuzung des logischen Vorstellungsganges durch Delirien, durch illusorische und halluzinatorische Wahrnehmungen, die ihrerseits wieder ganz disparate Vorstellungsreihen hervorrufen. Mit solchen Zuständen verbinden sich häufig Störungen des Bewußtseins bzw. Apperzeption eigener Art (Seelenblindheit und Seelentaubheit). Die Wahrnehmungszentra sind hier unfähig, frühere Erinnerungsbilder zu reproduzieren — die Kranken sind gänzlich unorientiert in der Außenwelt — oder jene sind den gegenwärtigen Eindrücken nicht kongruent."

Endlich besteht auch Verworrenheit in den Endstadien psychischer Schwächezustände (terminaler Blödsinn). In dem Vorstellungsschatz sind große Lücken entstanden, ganze Reihen von Vorstellungen scheinen verschwunden. Dagegen drängen sich andere, durch Gewohnheit gefestigte Vorstellungsreihen auf und durchbrechen den Gang der Gedanken. Zudem haben Worte und Begriffe eine pathologische Umgestaltung erfahren, ja ganz neue Worte sind gebildet, die niemand verstehen kann.

Man kann sich übrigens durch das äußere Verhalten des Kranken verführen lassen, da eigentliche Verwirrtheit des Denkens anzunehmen, wo nur Redeverwirrtheit als Folge von Paraphasie und Worttaubheit vorliegt. Der Kranke spricht wirre, weil er uns nicht versteht oder weil sich ihm statt des gesuchten Ausdrucks ein anderer aufdrängt. Es ist daher wichtig, auf die Handlungen des Kranken zu achten, ob dieselben korrekt oder verkehrt sind. Denn dann läßt sich entnehmen, ob die Intelligenz ungestört ist und bloß vielleicht infolge einer herdartigen Erkrankung des Gehirns die Rede verkehrt ist (vgl. übrigens Binswanger in „Lehrbuch der Psychiatrie" 26).

Die genannten Erscheinungen der Ablenkbarkeit und der aus ihr entspringenden Einförmigkeit, der Zerfahrenheit, der Stereotypie sind schon nicht mehr bloß formelle Störungen des Gedankengangs. Sie betreffen bereits schon den Inhalt des Denkens und leiten so naturgemäß zu den inhaltlichen Störungen, den Wahnideen, hin. Bevor wir jedoch diese behandeln, wollen wir eine für das psychische Leben außerordentlich wichtige Folgeerscheinung näher betrachten, welche aus dem Mangel an Verarbeitung des Wahrnehmungsmaterials entstehen kann.

Zweites Kapitel.

Störung des Selbstbewußtseins.

§ 1. Der Begriff vom eigenen Ich.

Unter den Objekten des Verstandes gibt es eines, dessen Erkenntnis für unser psychisches Leben von grundlegender Bedeutung ist. Es ist das eigene Ich, betrachtet sowohl in der eigenen Persönlichkeit wie in seiner Beziehung zur Außenwelt nach Raum und Zeit und zu den übrigen Menschen nach Lebensstellung und sozialer Einordnung.

Diese dreifache Vorstellung vom eigenen Ich ist nicht etwa das Resultat der bloß sinnlichen Wahrnehmung; sondern vor allem ein Produkt der geistigen Tätigkeit des Verstandes, wobei freilich eine Unsumme anderer

Faktoren von seiten der Empfindungen, des Gedächtnisses, Fühlens und Begehrens vorausgesetzt waren. Das Ich ist kein bloßes Bündel von Sensationen, wie Hume es wollte. Anderseits verstehen wir unter dem Ich an dieser Stelle auch nicht den abstrakten Begriff „Person", wie ihn die Metaphysik uns bietet, sondern vielmehr die lebensvolle Anschauung wie wir sie von uns selber in den verschiedenen Zeiten als Begriff unserer eigenen Persönlichkeit bilden. Es ist mehr ein Gesamtbild als ein eigentlicher Begriff, und weil es uns Leib und Seele vorstellt als Substrat all unserer Tätigkeiten, aber zugleich umgeben von dem ganzen Komplex der eigenen Akte, Gewohnheiten und Dispositionen, unserer ganzen Art und Weise zu denken, zu fühlen und zu wollen, mit unsern Lebensbeziehungen in Familie und Staat — so ist es klar, daß dieses Bild als kurzes Fazit so vieler Faktoren mancherlei Wechsel unterworfen ist. Es bleibt sich nicht stetig gleich, manche Züge wechseln, aber es bleibt genug, um die kontinuierliche Einheit dessen erkennen zu lassen, was dem Bilde zu Grunde liegt — das substantielle Ich — Leib und Seele.

Soll aber die Erkenntnis dieser Identität trotz all dem Wechsel im Laufe eines Erdenlebens uns nicht verloren gehen, so darf auch das Bewußtsein trotz seiner Veränderungen und Lücken nicht so unterbrochen werden, daß ein Anknüpfen an die früheren Erlebnisse durch Erinnerung und Reflexion nicht mehr möglich wird. Wenn das geschieht, so erleidet das Selbstbewußtsein Störungen. Ihnen werden wir nunmehr unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden haben.

§ 2. Desorientiertheit in Bezug auf Zeit und Raum und die eigene soziale Stellung.

Im Traum und im Fieberwahn versetzt uns die Phantasie zurück in die Tage der Kindheit, trägt uns im Fluge in fremde Länder; wir durchleben in wenigen Minuten Jahre, wachsen empor und steigen ins Grab. Es fehlt uns offenbar die Orientierung in Zeit und Raum. Wenn wir plötzlich aufwachen, so wissen wir oft im Augenblick nicht, wo wir sind, wir tasten ängstlich umher, bis es uns endlich gelingt, ein Licht anzuzünden und der Situation Herr zu werden. Die Auffassung war erschwert.

Es ist eine allbekannte Tatsache, daß nach schweren Gehirnverletzungen und den darauffolgenden Erkrankungen mit ihren Delirien und Dämmerzuständen der Kranke sich in der Zeit verrechnet und noch an dem Tage zu stehen glaubt, an welchem ihn das Unglück betroffen. Die Zwischenzeit existiert für ihn nicht, weil die meisten Erlebnisse dem Gedächtnis entschwunden sind [Amnestische Desorientiertheit (Kraepelin)].

Desorientiertheit in Bezug auf Ort und Zeit ist eine sehr häufige Erscheinung des Greisenblödsinns. Es kommt sehr häufig vor, daß solche Patienten im Hause herumrumoren, ihre Effekten nicht mehr finden und dann meinen, bestohlen zu sein, sich auf der Straße und im eigenen Zimmer sich nicht mehr auskennen, das eigene Bett nicht mehr finden, wollen brüsk fortgehen u. dgl. m. Bei andern degenerativen Hirnprozessen, Krankheiten, z. B. lues cerebralis, dementia paralytica finden sich ähnliche Erscheinungen (Krafft-Ebing 605 608 615). Sie zeigt sich in der Alkoholvergiftung und überhaupt überall da, wo schwere Bewußtseinsstörung vorliegt.

Desorientiertheit in Bezug auf unsere Stellung zeigt sich im Traume, wenn wir wieder auf der Schulbank sitzen und in Angst des Examens harren u. dgl. m. Hypnotische Schaustellungen versetzen durch Suggestion ihre Versuchspersonen in allerlei Situationen. Dann spielen sich die drolligsten Szenen ab. In ausgesprochenster Weise tritt uns aber diese Desorientiertheit entgegen im Wahnsinn, in der Verrücktheit und vor allem im Größenwahn der progressiven Gehirnlähmung. Einige Kranke haben nur den Beruf geändert, sind auf einmal Künstler, Gelehrte, Minister, Millionäre, Könige und Kaiser geworden. Andere erblicken in sich historisch berühmte Persönlichkeiten, Napoleon, Goethe usw.; im religiösen Wahne treten sie als Heilige, Propheten, Jünger des Herrn, ja als göttliche Personen selber auf. Ihr Benehmen ist verschieden. Die einen spielen ihre Rolle und führen sie leidlich durch; sie ergehen sich in hohem Müßiggang. Andere führen bloß einzelne Szenen auf und ziehen sich dann wieder zurück. Viele begnügen sich mit Namen und Idee und arbeiten im übrigen reichlich und zufrieden in Garten und Haus.

§ 3. Doppelich und wechselnde Persönlichkeit.

In besonderer Weise haben in den letzten Jahrzehnten die wechselnden Erscheinungen im Selbstbewußtsein psychisch Kranker die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Das geheimnisvolle Dunkel, welche das „Doppelich" und die „wechselnden Persönlichkeiten" umgab, hat zu den sonderbarsten Theorien Anlaß gegeben. Man glaubte in ihnen Aufschluß zu erhalten über die Konstitution der menschlichen Person. Da man ähnlichen Fällen, wenn auch mit Unrecht eine überaus große Bedeutung beimißt, wollen wir der Geschichte Félidas, die wir früher schon skizziert haben, auch die Schilderungen der noch wechselvolleren Schicksale aus dem Leben V. L.s anreihen.

Wir geben die Hauptzüge nach Ribot[1]:

„Die Person, um die es sich handelt, ist ein junger Mann von 17 Jahren, V. L., von Hystero-Epilepsie befallen, welcher vollständig das Gedächtnis über ein Jahr seines Lebens verloren und in dieser Zeit seinen Charakter vollständig geändert hat.

„Geboren als uneheliches Kind einer Mutter, die sich notorisch einem schamlosen Leben ergeben hatte, und eines unbekannten Vaters, gab er sich, sobald er marschieren konnte, daran, herumzulaufen und zu betteln. Später stahl er, wurde arretiert und auf die Strafkolonie St Urban geschickt, wo er auf dem Land arbeitete. Eines Tages, als er in einem Weinberg beschäftigt war, ergriff er mit der ganzen Hand eine Schlange, die in einem Reisigbündel versteckt lag. Er geriet darüber in einen außerordentlich heftigen Schrecken und verlor am Abend, als er in die Kolonie zurückkam, die Besinnung. Diese Krisen erneuerten sich von Zeit zu Zeit. Die Beine wurden schwach, endlich kam eine Lähmung der unteren Glieder hinzu, die Intelligenz blieb intakt. Er wurde ins Asyl von Bonneval gebracht. Dort konstatiert man, daß der Kranke eine offene und sympathische Miene hat, daß sein Charakter sanft ist, daß er sich dankbar bezeigt für die Dienste, die man ihm erweist. Er erzählt die Geschichte seines Lebens mit den umständlichsten Kleinigkeiten, selbst seine Diebstähle, die er beweint, deren er sich schämt; er gibt seiner Verlassenheit die Schuld, seinen Kameraden, die ihn zum Bösen verführten. Er bedauert sehr diese Vergangenheit und behauptet, er werde in Zukunft besser sein. Man entschließt sich, ihn ein Handwerk lernen zu lassen, das mit seiner Krankheit verträglich sei. Er kann lesen, schreiben so ungefähr. Man trägt ihn jeden Morgen in die Arbeitsstube der Schneider, man setzt ihn auf einen Tisch, wo er in ganz natürlicher Weise die klassische Stellung einnimmt, dank der Position seiner unteren Glieder, die gelähmt, stark atrophisch und kontrahiert sind. Am Schluß zweier Monate kann V. ordentlich gut nähen; er arbeitet mit Eifer, man ist mit seinem Fortschritt zufrieden."

In dieser Zeit wird er von einem Anfall von Hystero-Epilepsie erfaßt, welcher nach fünfzig Stunden durch einen ruhigen Schlaf beendet wird. Da ist es, wo die alte Persönlichkeit wieder zum Vorschein kommt.

„Beim Erwachen will V. sich erheben, er verlangt seine Kleider. Es gelingt ihm, sich anzukleiden, obgleich er dabei sehr ungeschickt ist; dann macht er einige Schritte im Saale, die Paraplegie ist verschwunden. Wenn seine Beine schwanken und nur schlecht den Körper halten, so kommt das davon her, daß die Muskeln atrophisch sind. . . . Einmal angekleidet, verlangt V. mit seinen Kameraden zur Feldarbeit zu gehen. . . . Wir bemerken bald, daß unser Mann sich noch in St Urban glaubt und seine habituellen Beschäftigungen aufnehmen will. Er hat wirklich keine Erinnerung an seine Krise, er erkennt niemand wieder, ebensowenig seine Ärzte und Krankenwärter als seine Gefährten vom Schlafsaal. Er gibt nicht zu, gelähmt gewesen zu sein, und er sagt, daß man

[1] Maladies d. l. personnalité 80 ff.

über ihn spotte. . . . Wir denken an einen vorübergehenden Zustand von Irrsinn, den man nach einem starken hysterischen Vorfall wohl annehmen darf; aber die Zeit geht vorüber, und das Gedächtnis kehrt nicht zurück. V. erinnert sich sehr gut, daß er nach St Urban geschickt worden war; daß er ‚des andern Tages' Furcht gehabt hatte vor einer Schlange, aber von diesem Moment an ist eine Lücke. Er erinnert sich an nichts mehr. Er hat nicht einmal das Gefühl der verflossenen Zeit.

„Natürlich denken wir an eine Simulation, an ein hysterisches Stücklein, und wir wenden alle Mittel an, um V. in Widerspruch mit sich selber zu bringen, aber ohne daß es uns jemals gelingt. So lassen wir ihn, ohne ihm etwas zuvor zu sagen, in die Arbeitsstube der Schneider bringen. Wir gehen an seiner Seite, Sorge tragend, daß wir keinerlei Einfluß auf ihn ausüben, was die Richtung betrifft, die er einschlagen soll. V. weiß nicht, wohin er geht. In der Arbeitsstube angekommen, hat er ganz die Miene, als kenne er den Ort nicht, wo er sich befinde, und er behauptet, er komme zum erstenmal dahin. Man zeigt ihm die Kleider, deren grobe Nähte er gemacht, damals, als er gelähmt war. Er lacht, macht Miene, es anzuzweifeln, aber endlich beugt er sich vor unsern Bemerkungen. Nach einem Monat von Experimenten, Beobachtungen, Prüfungen aller Art sind wir überzeugt, daß V. sich an nichts erinnert."

Einer der interessantesten Punkte dieser Beobachtung ist die Wandlung, welche der Charakter des Kranken durchgemacht hat; diese Wandlung, sie ist eine Rückkehr zu seinem früheren Leben und seinen ererbten Antezedenzien: „Es ist nicht mehr der gleiche Mann. Er ist streitsüchtig und naschhaft geworden; er antwortet unhöflich. Er liebte den Wein nicht und gab meistens seinen Teil seinen Kameraden, jetzt stiehlt er noch den ihrigen. Wenn man ihm sagt, daß er ehemals gestohlen habe, aber daß er nicht wieder anfangen sollte, wird er arrogant: ‚Wenn er gestohlen habe, so habe er es auch bezahlt, da man ihn ja ins Gefängnis gesetzt.' Man beschäftigt ihn im Garten. Eines Tages reißt er aus und nimmt Kleider mit und 60 Franken von einem Krankenwärter. Er wird gepackt fünf Stunden von Bonneval, im Augenblick, wo er, nachdem er seine Kleider verkauft, um andere zu kaufen, sich anschickt, den Zug nach Paris zu besteigen. Er läßt sich nicht leicht festnehmen; er schlägt und beißt die Wächter, welche man auf seine Suche geschickt. Ins Asyl zurückgeführt, wird er wütend, er schreit, rollt sich auf dem Boden. Man muß ihn in die Zelle bringen."

Aus dem Asyl verjagt, wird er nach zahlreichen Wanderungen in Bicêtre interniert, entwischt und tritt in Dienste der Marineinfanterie in Rochefort. Verurteilt wegen Diebstahls, wird er infolge eines heftigen Anfalls von Hystero-Epilepsie den Herren Bourru und Burot anvertraut, die ihn mit der größten Sorgfalt studiert haben. Mit Hilfe der physischen Einwirkungen des Transfert (Stahl, weiches Eisen, Magnet, Elektrizität) haben sie bei ihrem Subjekt die folgenden sechs Zustände[1] erreicht:

[1] Für die vollständige Auseinandersetzung dieses Falles vgl. Bourru et Burot, Variations de la personnalité.

Erster Zustand: Lähmung und Gefühllosigkeit auf der rechten Seite. — Gewöhnlicher Zustand der Versuchsperson: „V. ist geschwätzig, heftig, anmaßend in seiner Miene und seiner Haltung; seine Sprache ist korrekt, aber grob; er duzt die ganze Welt und gibt jedem einen unehrerbietigen Übernamen. Er raucht vom Morgen bis zum Abend und verfolgt jeden mit seinen zudringlichen Bettelleien um Tabak usw. Im übrigen ist er intelligent, hält sich in Bezug auf die Tagesereignisse, groß und klein, auf dem laufenden, äußert die antireligiösesten und ultraradikalsten politischen Meinungen. Unfähig zu jeglicher Unterwerfung will er jeden Vorgesetzten töten, ja selbst jeden, der von ihm ein Zeichen der Achtung verlangen sollte. Sein Wort ist gehemmt, die fehlerhafte Aussprache läßt nur die Endigungen der Worte verstehen. Er kann lesen, aber der genannte Fehler in der Aussprache macht jede laut vorgenommene Lektüre unverständlich. Er kann nicht schreiben, da die rechte Hand gelähmt ist. Das Gedächtnis, das sehr genau ist in Bezug auf die kleinsten Details aktueller oder kurz vorhergegangener Ereignisse — er rezitiert ganze Spalten aus der Zeitung —, ist sehr beschränkt in seiner zeitlichen Ausdehnung. Es ist ihm unmöglich, weiter zurückzugehen in seiner Erinnerung, als sein jetziger Aufenthalt in Rochefort reicht und der letzte Teil seines Aufenthaltes in Bicêtre im Dienste des Herrn Voisin. Dennoch hat er die Erinnerung bewahrt des zweiten Teiles seines Aufenthaltes in Bonneval, als er im Gartenland arbeitete. Zwischen Bonneval und Bicêtre breitet sich eine große Lücke im Gedächtnisse aus. Anderseits sind seine Geburt, seine Kinderjahre, sein Aufenthalt in St Urban, das Schneiderhandwerk, das er bei seiner Ankunft in Bonneval erlernt hat, vollständig fremd."

Zweiter Zustand: Linkseitige Lähmung (Gesicht und Glieder) mit halbseitiger Gefühllosigkeit. Diesen Zustand erhält man durch Applikation von Stahl auf den rechten Arm.

„Beim Aufwachen findet sich V. [wie er meint] in Bicêtre (Saal Cabanis Nr 11) den 2. Januar 1884, er ist 21 Jahre alt; er hat gestern Herrn Voisin gesehen. Er ist zurückhaltend in seinem Benehmen; seine Miene ist sanft, die Sprache ist korrekt und höflich; er duzt nicht mehr und redet jeden von uns mit ‚Herr' an. Er raucht, aber ohne Leidenschaft. Er hat weder religiöse noch politische Meinungen, und diese Fragen, so scheint er zu sagen, gehen einen Unwissenden, wie er sei, nichts an. Er zeigt sich ehrfurchtsvoll und unterwürfig. Das Wort fließt leicht und mit einer bemerkenswerten Klarheit. Er liest vollständig gut und schreibt erträglich.

„Er weiß gar nichts von den Ereignissen, die sich seit dem 2. Januar 1884 zugetragen haben; er weiß nicht, wo er sich befindet; er kennt keine der Personen, die ihn umgeben; er ist niemals nach Rochefort gekommen, hat nie von Marineinfanterie, von einem Krieg in Tongking sprechen gehört.

„Wenn er seine früheren Erinnerungen wachruft, erzählt er, daß er vor dem Eintritt in Bicêtre in St Anna sich einmal aufgehalten. Darüber hinaus besteht von seinem Leben keine Erinnerung mehr."

Dritter Zustand. Linkseitige Lähmung (bloß Glieder) mit allgemeiner halbseitiger Gefühllosigkeit. Dieser Zustand entsteht beim Auflegen eines Magneten

auf den rechten Arm. „Der Kranke erwacht [wie er meint] im Asyl von St Georges de Bourg im August 1882; er zählt 19 Jahre. Frankreich ist im Krieg mit Tunis. M. Grevy ist Präsident der Republik, der Papst ist Leo XIII. Der Charakter, die Gemütsfähigkeiten, die Sprache, Miene, die Geschmacksrichtung sind ähnlich dem zweiten Zustand. Was das Gedächtnis betrifft, so beschränkt es sich auf eine frühere Periode seines Lebens. Er kommt von Chartres, von seiner Mutter. Er ist von dort nach Mâcon zu einem Großweingutsbesitzer gesandt worden, wo er im Weinbau Verwendung fand. Zu verschiedenen Malen krank geworden, wurde er im Krankenhaus zu Mâcon verpflegt, dann im Asyl zu Burg, wo er sich jetzt findet [zu finden meint]. Alles, was diesem kurzen Abschnitt seines Lebens vorhergeht, alles, was ihm folgt, ist ihm vollständig fremd."

Vierter Zustand. Teilweise Lähmung. — Erhalten durch Auflegung des Magnets auf den Nacken. „Er hat [wie er meint] eben verschiedene Personen der Anstalt von Bonneval gesehen. Er ist höflich, furchtsam, sogar traurig; seine Aussprache ist deutlich, aber seine Sprache ist inkorrekt; er spricht in der dritten Person und wie ein Kind. Er hat das Lesen und Schreiben vergessen, er stammelt (épèle) die großen Buchstaben heraus. Sein Verstand ist sehr stumpf, sein verwirrtes Gedächtnis weiß weder von den Ereignissen noch von den Personen dieser Epoche etwas. Er kennt nur zwei Orte: Bonneval, wo er sich zu befinden glaubt, und St Urban, von woher er kommt, wo er nach seiner Aussage gelähmt gewesen war und hatte liegen müssen. Der ganze vorhergehende Teil seines Lebens, von der Geburt bis zum Unfall wegen der Viper, welcher seine Krankheit verursacht hat; alles, was dem Anfall folgte, die spontane Änderung seines Zustandes in Bonneval sind ihm gänzlich unbekannt. Er kennt den Ort nicht, wo er sich befindet; er hat uns, die wir ihn umgaben, nie gesehen. Seine gewöhnliche Beschäftigung ist die Arbeit in der Schneiderstube; er näht wie ein Mann, der daran gewöhnt ist."

Fünfter Zustand. Weder Lähmung noch Gefühllosigkeit. — Erhalten durch statische Elektrizität oder durch Auflegung des Magneten auf den Vorderteil des Kopfes. „Bei Rückkehr des Bewußtseins ist er [wie er meint] in St Urban im Jahre 1877. Er zählt jetzt 14 Jahre. Marschall Mac-Mahon ist Präsident der Republik, Pius IX. Papst. Er ist furchtsam wie ein Kind, seine Miene, seine Sprache, seine Haltung stimmen dazu vollständig. Er kann sehr gut lesen und ordentlich schreiben. Er kennt seine ganze Kindheit, die schlechte Behandlung, die er in Luysant erhielt usw. Er erinnert sich, daß er arretiert und zur Internierung in einem Korrektionshause verurteilt worden war. Er befindet sich auf der Strafkolonie, welche Herr Pasquier leitet. Er lernt lesen in der Schule der Frl. Breuille, Lehrerin von St Urban. Er wird zu Feldarbeiten verwendet. Seine Erinnerung hält genau beim Ereignis mit der Viper inne, das Wachrufen dieser Vorstellung führt eine schreckliche Krise von Hystero-epilepsie herbei."

Sechster Zustand. Weder Lähmung noch Anästhesie. — Erhalten durch Auflegung weichen Eisens auf den rechten Schenkel. „Er erwacht zum Bewußtsein am 6. März 1885. Er zählt 22 Jahre. Er kennt die zeitgenössischen

Ereignisse, die Personen, welche die Gewalt innehaben; aber Victor Hugo, der große Poet und Senator, ist noch am Leben. Das ist nicht mehr das furchtsame Kind von soeben; es ist ein junger, ganz ordentlicher Mensch, weder kleinmütig noch arrogant; er ist Soldat der Marineinfanterie. Die Sprache ist korrekt, die Aussprache deutlich. Er liest sehr gut und schreibt ordentlich. Sein Gedächtnis umfaßt sein ganzes Leben, mit Ausnahme einer einzigen Epoche, jener nämlich, in der er zum Teil gelähmt in St Urban und in Bonneval war. So erinnert er sich auch nicht, jemals Schneider gewesen zu sein, und er versteht nicht zu nähen.

„Das sind die sechs verschiedenen Bewußtseinszustände, deren Gesamtheit das ganze Leben unseres Mannes umfaßt. Sie wurden durch physische Agentien erzielt. Sie gingen parallel den Äußerungen der Empfindlichkeit (Sensibilität) und Beweglichkeit (Mobilität), so zwar, daß der Experimentator, indem er auf den körperlichen Zustand einwirkte, nach Belieben diesen oder jenen bekannten Bewußtseinszustand in seiner ganzen Ausdehnung wachrufen konnte, d. h. mit seinem beschränkten Gedächtnis der Zeit, der Orte, der Personen, der Kenntnisse, der erlernten automatischen Bewegungen (Schrift, Schneiderhandwerk) mit seinen eigenen Gefühlen und ihrem Ausdruck in Sprache, Bewegungen und Mienen. Die Übereinstimmung ist vollständig.

„Es blieb uns nur übrig, die ergänzende Gegenprobe zu machen: direkt auf den Bewußtseinszustand einzuwirken und zu konstatieren, ob der körperliche Zustand in paralleler Weise sich umgestalte. Um auf den Bewußtseinszustand einzuwirken, haben wir kein anderes Mittel als die Suggestion im künstlichen Schlafe. Wir machen also die folgende Suggestion: ‚V. . . ., du wirst in Bicêtre, Saal Cabanis, erwachen.‘ V. . . . gehorcht; beim Austritt aus dem künstlichen Schlaf, glaubt er, es sei der 2. Januar 1884; die Intelligenz, die affektiven Fähigkeiten sind genau, wie wir sie beim zweiten Zustand gesehen und beschrieben haben. Zur gleichen Zeit findet er, daß er auf der linken Seite gelähmt und gefühllos ist; die Kraft am Dynamometer, die hysterogene Zone, alles ist übertragen, wie im zweiten Zustand. In einer andern Suggestion befehlen wir ihm, sich in Bonneval zu befinden, zur Zeit, wo er Schneider war. Die erzielte psychische Verfassung ist derjenigen ähnlich, der oben beim vierten Zustand beschrieben wurde; gleichzeitig erscheint die teilweise Lähmung mit Kontraktur und Gefühllosigkeit der unteren Teile des Körpers.“

Wir können nicht umhin, auch hier eine Bemerkung Mahers[1] zu wiederholen. „Unglücklicherweise verrät sich die Versuchung, solche Historien interessant zu machen, indem man ihr anormales Aussehen übertreibt, auch sogar in ‚wissenschaftlichen‘ Berichten. So wird oft behauptet, daß alle Ereignisse eines Zustandes im andern vollständig vergessen sind, während weitere Untersuchung zeigt, daß eine Masse gemeinsamer Erfahrungen, wie die Kenntnis der Sprache, die Vertrautheit mit Personen, Gegenständen,

[1] Psychology 489.

Lokalitäten u. dgl. in beiden Zuständen geblieben sind."[1] So war auch in dem Falle V. die Kenntnis der Sprache geblieben, und was die Vertrautheit mit Personen, Gegenständen ꝛc. betrifft, so sind die von Ribot aus Bourru und Burot gezogenen Notizen zu dürftig, um auch nur für einen einzigen der künstlich erhaltenen Zustände das vollständige Entschwundensein einer bestimmten Periode aus dem Gedächtnis behaupten zu können.

Es dürfte ohne großes Nachdenken klar sein, daß es sich nicht um eine eigentliche Spaltung des Ich handeln kann, daß der substantielle Hintergrund der psychischen Erscheinungen fortdauert und in keiner Weise sich auflöst. Die scheinbare Zersetzung erklärt sich ganz anders, viel leichter und vernunftgemäßer, mit Beibehaltung des substantiellen Ich, auf Grund mangelnder Erinnerungen und mangelhafter geistiger Verarbeitung des Erfahrungsmaterials durch den Verstand.

Damit die Identität der Person nicht bloß vorhanden sei, sondern auch erkannt werde, dürfen nicht ganze Passagen des Lebens aus dem Gedächtnis ausgelöscht erscheinen. Es dürfen noch weniger bestimmte Gruppen nur untereinander sich verketten und mit andern keine Verbindung eingehen. Beide Fälle aber werden eintreten, wo dauernde Bewußtlosigkeiten oder tiefe Bewußtseinsstörungen nicht bloß etwa sporadisch auftreten, sondern häufig sich einstellen. Dann assoziieren sich gleichartige Zustände untereinander, verknüpfen sich aber nicht oder nur sehr schwach mit andern. Für die Erkenntnis ist die Spaltung da. Die Gefahr eines Nichtwiedererkennens wird um so größer, wenn in den Lücken große Änderungen im Körperbefinden, mit ihm im Fühlen und Denken und im ganzen Charakter sich vollzogen.

Diese Annahmen werden nur bestätigt durch eine Reihe von andern Fällen, die in der Pathologie des Selbstbewußtseins von Irrenärzten konstatiert werden. Krafft-Ebing (S. 96) schreibt hierüber:

„So gibt es Kranke, denen die frühere Periode des Lebens ganz aus dem Bewußtsein geschwunden ist, so daß der Kranke seine Existenz erst von dem Zeitpunkte seiner Erkrankung oder vom Auftreten von ein neues Ich repräsentierenden Wahnideen an datiert. Es gibt sogar Fälle, wo das Bewußtsein der eigenen psychischen Existenz ganz geschwunden ist, der Kranke sich als ein Objekt betrachtet, demgemäß von sich in der dritten Person spricht."

An diesen Fällen würden wohl alle Theorien von verschiedenen Schichten (strata) der Persönlichkeit scheitern.

[1] Ähnliche Bemerkungen macht auch P. Roure S. J., Doctrines et Problèmes 428, und er kann sich dabei auf Geständnisse P. Janets und Binets berufen. Vgl. P. Janet, L'automatisme psychol. 79.

Drittes Kapitel.

Wahnideen und Wahnsysteme.

Das „Irresein der Intelligenz" tritt nirgends so zu Tage als in jenen falschen Urteilen, die nicht mehr berichtigt werden können, in jenen wirklichen Delirien, die wir mit dem Namen „Wahn" zu bezeichnen pflegen. Es sind Störungen der Verstandestätigkeit nach ihrer inhaltlichen Seite.

„Die Wahnideen", schreibt Hellpach (S. 325), „treten mit den verschiedensten Inhalten und den mannigfaltigsten Gefühlsbetonungen auf. Sehr charakteristisch pflegen die depressiven Wahnideen zu sein. Sie äußern sich in grundlosen Befürchtungen, in Versündigungsgedanken mit Selbstvorwürfen, und endlich am stärksten in dem nihilistischen Wahn, daß alles vernichtet sei, niemand mehr lebe, der Kranke selber längst tot, die Welt untergegangen sei. Der Eifersuchtswahn entdeckt überall Untreue, Ehebruch, Blutschande.... Sehr bekannt ist der Verfolgungswahn, der sich häufig an Gehörstäuschungen anklammert, Verleumdungen hört, alles für vergiftet, sich für bestohlen, umzingelt, ausspioniert hält; schließlich die unsinnigsten Fernwirkungen vom Auslande, vom Himmel her vermutet, Verzauberungen, Behextsein argwöhnt. Der Erkrankungswahn, dessen Anfänge wir bei Hypochondern und jungen Medizinern so ungemein häufig beobachten, glaubt an den baldigen Eintritt oder den schon vollzogenen eines tödlichen Leidens und beutet jedes kleinste Anzeichen in diesem Sinne aus."

Gewöhnlich nehmen die depressiven Wahnideen ihren Ausgang aus deprimierten Gemütszuständen. Ja sie sind gar nicht selten Erklärungsversuche[1]. Der Kranke lebt, sei es infolge physischer oder psychischer Schmerzen, in einer traurigen, niedergeschlagenen Stimmung. Seine Gefühle sind verändert, Haß und Abneigung sind an die Stelle der Liebe und Zuneigung getreten, fremd und kalt steht er dem gegenüber, was ihm lieb und teuer war; die Umgebung scheint ihm eine ganz andere geworden und benimmt sich vielleicht auch wirklich anders gegen ihn wegen seines mürrischen, unzufriedenen Benehmens. Nun sucht der Kranke selbst eine Erklärung dieser rätselhaften Veränderung, und statt die wahre Ursache zu finden, stellt sich ihm eine andere dar, eine Wahnidee. Er glaubt sich verfolgt, vermutet in seiner Umgebung gehässige Umtriebe gegen seine Person. Eine zweite wichtige Quelle sind Halluzinationen.

„Von ganz besonderem Einflusse sowohl auf die Bildung solcher Wahnideen überhaupt als auf ihren speziellen Inhalt sind alle Halluzinationen; sie

[1] Noch in anderer Weise tritt dies zu Tage. Durchforscht man die Wahnurteile der Irren, so findet man gewöhnlich an ihrem Grunde die Idee der Beeinträchtigung der Gemütsinteressen. Das eigene Ich ist im Spiele.

sind so häufig, bieten ein so lebhaft aufgedrungenes und oft so konstantes Material für Erklärungen dar, daß wir erfahrungsgemäß in ihnen einen gewöhnlichen Ursprung der Wahnideen finden müssen, z. B. ein Gesichtshalluzinant, der feurige Erscheinungen hat, glaubt sich in der Hölle; ein Geruchshalluzinant glaubt sich überall von Leichen, deren Ausdünstung er zu riechen glaubt, umgeben, baut darauf weitere Schlüsse usw." (Griesinger 717).

Oft dagegen arbeitet sich die Wahnidee aus dem organischen Krankheitszustande heraus, ohne daß der Patient es recht gewahr wird. Plötzlich steht sie als vollendete Tatsache vor ihm. Sie erschreckt ihn vielleicht bei ihrem ersten Auftreten, sie will gar nicht stimmen zu dem, was er gerade in der Gegenwart fühlt und denkt. Er empfindet sie noch eine Zeitlang wie eine lästige Torheit, sucht wider sie zu kämpfen. Aber immer und immer steigt sie von neuem empor und gewinnt allmählich die Oberhand über sein vernünftiges Denken. Sie nimmt mehr und mehr Gestalt und Körper an. Er sieht sie immer mehr bewahrheitet, je mehr er alles in ihrem Sinne deutet.

Ganz allmählich verknüpft sich die Wahnidee mit den übrigen Erlebnissen, geht mit den Vorstellungen der Vergangenheit und der Gegenwart die innigsten Verbindungen ein, ja wird zum eigentlichen Mittelpunkt, um den sich das ganze übrige Seelenleben gruppiert. Aus der bloßen Wahnidee ist ein ganzes Wahnsystem geworden, und wir stehen vor den Erscheinungen der eigentlichen Verrücktheit, der Paranoia. Noch nicht eigentliche Ansätze, aber doch Analogien zum Beherrschtsein von einem Wahn findet Griesinger in dem zähen (auf keine Vernunftgründe gestützten) Eingenommensein für eine Theorie, die zur Sache der eigenen Persönlichkeit geworden ist. Ansätze zum Wahne bildet dann das Herrschen einer übermächtigen Leidenschaft. Wie leicht können übertriebene Ängstlichkeit für das eigene körperliche Wohlergehen Anfänge des beginnenden hypochondrischen Erkrankungswahnes, übertriebene Furcht, Abneigung und Argwohn, die nicht bekämpft werden, Ausgang eines Verfolgungswahnes werden, ewiges Bestehen auf der eigenen Ansicht, auf dem vermeinten eigenen Recht die Spuren des querulanten Wahnsinnes und die immer genährte, hohe Meinung die ersten Anfänge eines Größenwahns in sich tragen! Jede Leidenschaft kann für ein schwaches Gehirn überaus gefährlich werden.

Welcher Art diese Wahnidee ist, das hängt sehr viel vom Charakter, der Erziehung, den Lebensanschauungen der Kranken ab, von den Erlebnissen und Erinnerungen des vergangenen Lebens, oft auch von den letzten Vorstellungen, welche den Leidenden unmittelbar vor dem Ausbruch des

Irreseins beschäftigten. Dieselbe Stimmung, die z. B. in dem Abergläubischen den Wahn der Verhexung erregt, kann einem andern die Ideen der Verfolgung durch Freimaurer, einer Beeinträchtigung durch geheime magnetische Manipulationen u. dgl. an die Hand geben.

Die Patientin, deren Krankheitsgeschichte Krafft-Ebing (S. 401 f) erzählt, glaubte sich von einem Priester, der Jesuit war, und vom ganzen Jesuitenorden verfolgt. Sie ist von Verbündeten der Jesuiten umgeben, „wird auf der Eisenbahn von einem Jesuiten mit fürchterlichen Augen beobachtet. Ein Schirmgriff, den sie findet, gehört den Jesuiten. Die schwarze Kugel daran ist eine Giftpille, mit der er sie morden wollte. Seine Reisetasche ist offenbar voll Marterwerkzeugen usw."

Während der spezielle Inhalt der Wahnideen von der individuellen Natur der kranken Person, ihren Erlebnissen, ihrem Charakter und Bildung abhängt, zeigen einzelne Formen oder Gruppen von Wahnideen eine ständige Verbindung mit der Natur des krankhaften Prozesses in der Hirnrinde [1]. In gewissen Krankheitszuständen stellen sich bei Individuen der verschiedensten Völker und Zeiten ganz dieselben typischen Wahnvorstellungen ein. Diese Tatsache gilt besonders von jenen Delirien, die nicht aus Stimmungen oder Halluzinationen sich geistig herausgearbeitet haben, sondern von jenen, die primär entstanden sind, für die man keinen andern Grund finden kann als das kranke Gehirn. So zeigt sich bei der Verrücktheit entweder Verfolgungswahn oder Größenwahn; bei der dementia paralytica das Größendelir, bei dementia senilis der nihilistische Wahn, beim chronischen Alkoholismus der Eifersuchtswahn. Ebenfalls durch offenbar spezifische Reize bedingt, erscheinen die typischen Delirien im delirium tremens, im Opiumrausch und in einigen andern Vergiftungszuständen.

Rückblick auf die intellektuellen Störungen.

Die Störungen des Verstandes haben sich als formale und stoffliche Störung gezeigt: Die formalen Störungen ihrerseits schieden sich in zwei Gruppen. Die erste war Verlangsamung bis Aufhebung der Funktionen der Begriffsbildung, des Urteils und der Schlüsse. Ihnen zu Grunde liegt Verlangsamung bis Aufhebung der Vorstellungsprozesse im sinnlichen Erkennen, sei es wegen psychischer Schwäche oder wegen Anomalien im Gefühls- und Triebsleben. Die zweite Gruppe umfaßt Durchkreuzung des Gedankenganges durch unwillkürliche Assoziationen, Zerfahrenheit und Ver-

[1] Vgl. zum folgenden Krafft-Ebing 71 f.

wirrtheit. Auch hier fanden wir als Quelle analoge Störungen im sinnlichen Vorstellungsleben, bei deren Entstehen hinwiederum die sinnlichen Affekte und Triebe eine große Rolle spielten.

Als stoffliche Störung fanden wir die Wahnideen, und als deren Quellen zeigten sich krankhafte Stimmungen, abnorme Körpergefühle (beim hypochondrischen Wahn), Halluzinationen.

Überall also war der Ausgangspunkt sinnliches Vorstellungs- und Begehrungsleben. Die Psychiater sprechen von idiopathischen und sympathischen Erkrankungen des Gehirns, je nachdem der Herd der Krankheit primär im Gehirn sich fand oder das Gehirn bloß durch eine andere lokale Krankheit in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Wenden wir diesen Ausdruck in analoger Weise auf unsern Gegenstand an, so werden wir sagen müssen: Alle Störungen des Verstandes sind nicht idiopathischer, sondern sympathischer Natur. Die Erkrankung der intellektuellen Funktionen ist nicht eine primäre, sondern erst eine Folgeerscheinung.

Vierter Abschnitt.

Störungen des geistigen Begehrens.

Das geistige Begehren — der Wille — hat wie das sinnliche Begehren seine Triebe. Sie sind ihm vom Schöpfer eingepflanzt als erster Anstoß, nach dem zu suchen, was für den Menschen, einen seiner Wesensbestandteile oder eine seiner Fähigkeiten von Nutzen ist.

Der Wille hat seine Gefühle und Affekte, seinen Schmerz und seine Lust. Wir haben beim sinnlichen Begehren Affekte kennen gelernt. Liebe und Haß, Verlangen und Flucht, Freude (Lust, Ergötzung) und Traurigkeit (Unlust), Hoffnung und Verzweiflung, Kühnheit, Furcht und Zorn sind aus dem Alltagsleben genugsam bekannt. Mit Recht gab die Philosophie und Theologie der Schule diesen sinnlichen Affekten den Namen Leidenschaften; denn sie vollziehen sich nur unter Veränderungen im Organismus, so daß der Körper wirklich in Mitleidenschaft gezogen wird. Wie der Wille seine eigenen Güter hat und seine eigenen Übel, so auch seine eigene Lust und Unlust, seine eigene Freude und eigenen Schmerz. Die Behauptung Ribots, ein Affekt ohne körperliche Begleiterscheinung sei unmöglich, ist entschieden unbeweisbar. Es gehört keineswegs zum Wesen des Affektes, daß er sich im Organismus und durch ihn vollziehe. Da-

gegen ist es mit der menschlichen Natur gegeben, daß der Willensaffekt hinübergreift ins sensitive Begehren und dort ähnliche Regungen wachruft, die ihrerseits durch den Organismus sich vollziehen. Auch rein geistige Freude an der entdeckten Wahrheit spiegelt sich auf dem Gesichte, spricht aus den Augen und tönt wider im Klang der Stimme, und der Reueschmerz über begangene Fehltritte kann so tief sein, daß er sichtbar ins sinnliche Gebiet hinübergreift und so Tränen des Schmerzes hervorruft. Daher sind die höheren Gefühle ein Gemisch von Affekten des Willens und solchen des sinnlichen Strebevermögens. Der Wille hat ein gewisses spontanes Begehren; sobald ein Objekt vom Verstand ihm vorgelegt wird, das für den Menschen nach irgend einer Seite erstrebenswert erscheint, kann er in Tätigkeit treten. Er tritt auch leicht in Tätigkeit, wenn das sinnliche Begehrungsvermögen nach derselben Seite neigt und vom Verstande keine andern hemmenden Momente ihm vorgehalten werden. Die Philosophie der Schule sprach daher nicht mit Unrecht von einem Willen als Naturkraft (voluntas ut natura) und nannte dessen spontane Regungen motus primo-primi weil sie allen weiteren Überlegungen voraneilen.

Endlich zeigt der Wille seine höchste Betätigung in der Selbstbestimmung nach eigener Wahl. Soll diese so weit gehen, daß sich eine moralische Verantwortlichkeit ergibt, so muß beim Verstande genügende Besonnenheit und Überlegung obwalten können, so daß er das Für und Wider abzuwägen und zur Entscheidung vorzulegen vermag.

Der Wille ist geradesowenig wie der Verstand idiopathischen Störungen unterworfen; weil er eben als geistige Kraft geistige Tätigkeiten ausübt, die innerlich in ihrem Wesen von den Organen unabhängig sind. Allein seine innige Verbindung mit dem Verstand und durch diesen mit dem sinnlichen Vorstellungsvermögen, seine vielfache Verknüpfung und sein Wechselverhältnis zum sinnlichen Begehrungsvermögen bringen es mit sich, daß eine Reihe sympathischer Störungen sich ergeben können.

Erstes Kapitel.

Störungen der religiösen und sittlichen Gefühle.

In Bezug auf die Einteilung der höheren Gefühle und Triebe herrscht keinerlei Übereinstimmung. Wir können sie in soziale und individuelle scheiden, je nach dem sie das Individuum als solches oder aber dasselbe als soziales Wesen betreffen. Die individuellen Gefühle und Triebe lassen sich wieder scheiden in intellektuelle, sittliche und religiöse. Es ist klar, daß diese Scheidung eine künstliche ist. Denn ein wechselseitiges

Übergreifen der intellektuellen Wahrheiten auf das sittliche und religiöse Gebiet ist klar. Noch deutlicher aber tritt zu Tage, daß die religiösen Wahrheiten das ganze sittliche und intellektuelle Leben des Individuums beherrschen können und tief ins soziale Wirken eingreifen. Gewöhnlich gehen bei geistiger Krankheit die religiösen, ethischen und ästhetischen Gefühle zugleich verloren. Doch können bei der relativen Selbständigkeit, mit der sie zuweilen auftreten, bald die einen bald die andern länger sich behaupten, je tiefere Wurzeln sie durch Angewöhnung geschlagen.

Die Unregelmäßigkeiten im höheren Triebleben brauchen kaum zu gesonderter Darstellung zu kommen. Denn es will scheinen, daß die eigentlich pathologischen Störungen mit dem Sinken der Verstandestätigkeit und des freien Willens parallel gehen. Diejenigen Steigerungen und Verminderungen aber, welche noch in die Breiten der geistigen Gesundheit gehören, müssen ins Gebiet der Moral verwiesen werden.

Allein auch in der Behandlung der Störung der höheren Affekte ist eine Beschränkung absolut geboten; sonst müßte der ganze Traktat über Fehler und Sünde, wenn auch unter einer andern Rücksicht, hier eingereiht werden. Daher greifen wir beispielsweise zwei Gruppen von höheren Gefühlen heraus, die religiösen und ethischen, welche besonders belangreiche Störungen aufzuweisen scheinen.

§ 1. Die religiösen Gefühle und ihre krankhaften Erscheinungen.

Man spricht bald von einem religiösen Gefühle bald von religiösen Gefühlen als einer Mehrheit. Beide Ausdrücke haben ihre Berechtigung.

„Die Seele", sagt Hagemann[1], „hat einen unverkennbaren Zug, ein dunkles Sehnen zum Ewigen und Göttlichen. Alles Suchen und Sehnen der Seele ist ja auf Glückseligkeit gerichtet; und ein dunkles Ahnen [welches aber keineswegs vor Irrversuchen bewahrt], daß hienieden das wahre Glück nicht zu finden, erfüllt sie mit unruhiger Sehnsucht nach ewigen Gütern. Dieses macht den religiösen Trieb aus, welcher zunächst der denkenden Seele die Richtung gibt, daß sie vom Endlichen, Vergänglichen aus den ewigen, unvergänglichen Urgrund aller Dinge suche, zum Gottesbewußtsein sich erhebe."

Diesem in sich noch unbestimmten und vagen religiösen Gefühle und Triebe liegt eine wenn nur unklare Erkenntnis Gottes, als des Urgrundes aller Dinge und des letzten Zieles, zu Grunde. Wird diese Erkenntnis klarer, deutlicher und lichtvoller, so nimmt auch das religiöse Gefühl und der religiöse Trieb eine bestimmtere Gestalt an.

[1] Psychologie[6], Münster 1897, 117.

„Im allgemeinen kennzeichnet er sich als das Streben, sich und sein endliches Tun der Gottheit hinzugeben und durch ihre Huld beglückt zu werden. Ist das religiöse Bewußtsein irregeleitet, indem die Gottheit und die Art ihrer Verehrung unrichtig gefaßt ist, so folgt der religiöse Trieb in seinen einzelnen Regungen diesem Irrtum nach."

Wenn der Gottesbegriff klar sich zu scheiden beginnt, wenn durch fremde Belehrung oder göttliche Offenbarung immer mehr Wahrheiten kund werden, welche sich auf das Göttliche beziehen, scheiden sich natürlich allmählich aus dem einen religiösen Gefühl und Trieb eine Reihe von Gefühlen und Trieben aus. Alle religiösen Wahrheiten ergreifen Willen und Gemüt des Menschen, und rufen so Affekte wach, die je nach der Art der religiösen Wahrheit, welcher sie entspringen, expansiv oder depressiv sind und die ganze Skala menschlicher Gefühlsregungen durchwandern können. Im Christentum ergreifen die religiösen Wahrheiten das ganze Denken, Reden, sittliche und soziale Handeln des Menschen. Demnach begegnen wir dem religiösen Gefühl und religiösen Trieb im privaten wie im öffentlichen Leben des Christen. Wissenschaft und Kunst des Christen, vor allem aber sein sittliches Leben, trägt den Stempel des Religiösen.

Natürlich bedingt dies im überzeugten Christen auch einen größeren Einfluß allfälliger Abnormitäten religiöser Gefühle und Triebe auf das ganze psychische Leben, als er bei einem weniger religiös Veranlagten sich zeigen würde.

Ribot behauptet in seiner Psychologie des sentiments, das religiöse Gefühl setze sich aus zwei Elementen zusammen, dessen eines zu seinem Grundton die Furcht habe, das andere eine zarte Gemütserregung, une émotion tendre. Das eine drücke ein Gefühl der Abhängigkeit aus, das andere ein Gefühl des Hingezogenseins. Den religiösen Gefühlen komme die Priorität zu in der Religion, die religiösen Wahrheiten folgen erst später, und noch später endlich verknüpfen sich mit der Religion ethische Grundsätze. Das sind die Grundzüge der Anschauungen Ribots. Beweise sucht man vergebens: er arbeitet mit Postulaten der Entwicklungstheorie und legt sich eine Urgeschichte in diesem Sinne zurecht. Die Darlegungen Ribots sind hier oberflächlich über alle Maßen.

Gewiß finden sich in den verschiedenen Religionen die Affekte der Furcht und der Liebe zu einem überirdischen Wesen. Wir gestehen auch zu, daß die Furcht vor den gewaltigen Kräften in der Natur, Bewunderung ihrer Größe und wohltätigen Macht eine große Rolle spielte in der Entstehung der Gottesidee. Aber diese Furcht war noch keine Religion, sie

half nur Gott und die Religion finden. Daß die Urreligion eine Anbetung von Naturkräften gewesen, kann nur auf Grund atheistischer Vorurteile behauptet werden. Kenntnis des menschlichen Verstandes und Herzens zeigt uns einen ganz andern Gang. Bewunderung und Furcht vor den Kräften der Natur führte den Menschen zur Frage: Wer hat dies gemacht? Und nachdem durch eigenes Nachdenken, durch fremde Belehrung oder Gottes persönliche Offenbarung die Ursache erkannt ist, müssen naturgemäß ehrfurchtsvolle Scheu und zugleich Liebe zum Urheber der Natur und des eigenen Lebens entstehen. Zugleich sind eine Reihe von Wahrheiten religiöser und ethischer Natur an jene erste Wahrheit von einem Schöpfer dieser Welt gebunden und folgen ganz spontan ohne lange Schlußfolgerungen aus ihr. Es sind die Wahrheiten der Abhängigkeit, der schuldigen Unterwürfigkeit gegen Gott, die Pflicht, seinem Gebote uns zu unterwerfen, unser Leben, unser Tun und Lassen, unsern Handel und Wandel im Verkehr mit andern nach Gottes heiligstem Willen zu ordnen. Aus diesen Wahrheiten wird naturgemäß eine Reihe von Affekten verschiedenster Art entstehen können: Drang nach religiöser und sittlicher Ausbildung. . . . Freude an getaner religiöser Pflicht, Unbehagen bei Nichterfüllung; Unruhe und Gewissensängste, Gefühl der Verantwortlichkeit, Furcht vor Pflichtverletzung, Furcht vor dem rächenden und strafenden Gott, Furcht vor der eigenen Schwäche, Reueschmerz und Bußtränen, Drang nach Sühne; Hoffnung und Mut, Mutlosigkeit und Verzweiflung. Liebe und Haß, heiliger Zorn, aber auch Neid gegen den von Gott Bevorzugten: all' das kann im religiösen Gefühle vorkommen. Kurz, es gibt keinen Affekt, den wir bei den Leidenschaften kennen gelernt, der nicht auf der Basis religiöser Wahrheiten entstehen oder wenigstens veranlaßt werden könnte.

Aber können die religiösen Gefühle eine pathologische Umgestaltung erleiden? Vorerst herrscht kein Zweifel, daß religiöse Gefühle, die auf falscher Grundlage beruhen, leicht sich steigern und ins Pathologische übergehen können. Wenn wir demnach absehen von der Wahrheit einer bestimmten Religion und die Gesamtheit der geschichtlich bekannten Religionen ins Auge fassen, so tritt in der Geschichte klar zu Tage, daß religiöse Gefühle nicht bloß krankhafte Veränderungen erleiden können, sondern auch wirklich erlitten haben. Depressions- wie Exaltationszustände treten uns da entgegen auf religiöser Grundlage, wie im Leben der Derwische und indischen Fakire: religiöse Furcht und religiöse Überhebung, religiöser Quietismus und ungestümer Tatendrang, religiöse Selbstpeinigung auf physischem und geistigem Gebiete, wie Befriedigung aller

Lüste unter dem Deckmantel religiöser Prinzipien, Ängstlichkeit bis zum Übermaß, wie die Erklärung, auf einer gewissen Stufe religiöser Erhebung gebe es keine Gebote und keine Sünde mehr. Alles das sind Erscheinungen, die mehr als gut bezeugt sind. Können aber auch religiöse Gefühle, die auf der wahren christlichen Religion sich aufbauen, krankhafte Veränderungen erleiden? Zuerst sei bemerkt, daß die christlichen Grundsätze, wenn sie in ihrer Gesamtheit betrachtet werden, keinen Anlaß bieten zu krankhaften Gefühlen. Allein einseitige Betonung des einzelnen wahren Prinzips verbunden mit der Leugnung anderer ebenfalls geoffenbarter Grundsätze kann auch innerhalb der Marken christlicher Bekenntnisse krankhafte religiöse Gefühle erzeugen. So entstehen krankhafter Pietismus mit all seinen Auswüchsen, religiöse Härte und Unverträglichkeit, die sich bis zur grausamen Verfolgung Andersdenkender steigern kann, Untätigkeit und Hang zum Nichtstun, der alles Gott und seiner Gnade überlassen will. Zu ähnlichen krankhaften Gefühlen auf religiösem Gebiete führt einseitige Ausbeutung bestimmter christlicher Grundsätze, ohne gehörige Beachtung der andern Prinzipien, welche für jene eine Grenze und ein Regulativ bilden[1]. Ebensowenig Schwierigkeit bietet die Annahme, daß auf schon anderswie vorbereitetem krankhaften Boden auch die sonst berechtigten, auf ganz richtigen Prinzipien beruhenden religiösen Gefühlen eine krankhafte Gestalt erhalten können. Denn die religiösen Gefühle haben ihrer Natur nach das mit andern Gefühlen gemein, daß sie auf das sinnliche Gebiet hinübergreifen. Alles aber, was auf sinnlichem Gebiete spielt und demnach auf dem Wirken des Organismus mitberuht, ist krankhaften Verstimmungen zugänglich. Wir können Ribot vollständig beistimmen, wenn er die krankhaften Veränderungen des religiösen Gefühls auf zwei große Klassen zurückführt: auf die depressiven oder asthenischen und die exaltierenden oder sthenischen Formen. Denn wenn es wirklich religiöse Gefühle gibt, d. h. wenn die religiösen Wahrheiten im sensitiven Teil ihren Widerhall finden können und anderseits im religiösen Gefühl depressive und exaltierende Momente sich mischen, so ist es klar, daß je nach dem krankhaften Überwiegen der einen und dem krankhaften Zurücktreten der andern Exaltations- oder Depressivzustände auf religiöser Grundlage sich ausbilden können.

---

[1] Dadurch ist genügend auf den Beweis geantwortet, den Ribot S. 324 für die Trennung von Moral und Religion in dem Umstand sieht, daß im Namen der Religion schon viele Greuel geschehen seien.

Religiöser Zwangsvorstellungen wurde schon früher gedacht. Es gibt aber auch eine Melancholie mit religiöser Färbung. Die körperlichen Erscheinungen bleiben die gleichen wie in andern depressiven Zuständen. Die affektive Seite des Seelenlebens zeigt eine tiefe Gemütsdepression, die freilich ganz verschiedene Grade zeigt, von der bloßen Furcht bis zum Schrecken über die eigene Verdammnis. Da gibt es bald Verzweiflungsausbrüche über das verlorene Glück und verscherzte Seelenheil, bald dumpfe Resignation. Oft gesellen sich schreckliche Halluzinationen dazu mit Visionen und Stimmen aus der Hölle. Der Verstand wird von Wahnideen umnachtet. Der Gedanke der eigenen Verschuldung und nicht gesühnter Sünden, der Verwerfung durch Gott und schon erfolgten unwiderruflichen Urteils. Unter dem Einfluß von Parästhesien und Paralgien bildet sich zuweilen der Wahn aus, vom bösen Feinde besessen zu sein, gefolgt von Verzweiflungsausbrüchen und Konvulsionen (Krafft-Ebing 307 ff). Diese sog. Dämonomanie darf natürlich nicht verwechselt werden mit der durch die Offenbarung verbürgten Erscheinung eigentlicher Besessenheit.

Religiöse Exaltationszustände, d. h. krankhafte Steigerungen der expansiven religiösen Affekte kommen gleichfalls vor, und zwar von der einfach gesteigerten religiösen Erhebung und Begeisterung, bis zu religiösen Wahnideen freudiger Natur. Hierhin gehören der auf nichts Solidem gegründete Hang, in sich ein besonders auserwähltes Werkzeug des Herrn zu sehen, die feststehende Meinung mit den Engeln, Heiligen, Gott selber in besonders vertrautem Verkehr zu stehen, persönlicher Offenbarungen gewürdigt zu sein, während keinerlei vernünftiger Grund vorliegt, einen solchen Gnadenerweis zu vermuten, die Einbildung, von Gott eine besondere Mission erhalten zu haben zur Reformation des Klerus, der Kirche, der Staaten u. dgl. mehr, während gereifte und im geistlichen Leben erfahrene Männer nicht mindeste Zeichen eines solchen Berufes entdecken können. Die höchste Stufe ist die Theomanie, ein Geisteszustand, in welchem der Patient von der Wahnidee ergriffen ist, eine göttliche Person oder wenigstens ein von Gott gesandter Prophet zu sein. Es ist klar, daß diese „Theomanie" nichts zu tun hat und nicht in Vergleich gebracht werden kann mit dem von Gott eingesetzten Prophetentum des Alten Testamentes und mit so vielen von Gott besonders erleuchteten Männern des Neuen Bundes, denen in Wirklichkeit eine besondere Aufgabe von Gott zugewiesen war. Die „Theomanen" beweisen ebensowenig gegen die wirklichen Propheten, als die eingebildeten „Kaiser und Könige" der Irrenhäuser gegen die Existenz wirklicher Monarchen beweisen.

Eine erwiesenermaßen „natürliche Ekstase" mag ebenfalls unter die religiösen Exaltationszustände gerechnet werden. Sie findet sich beispielsweise auf dem Boden der Hysterie (vgl. Krafft-Ebing 509). Allein es ist durch nichts gerechtfertigt, wenn Ribot jede Ekstase, auch jene der großen Mystiker, als pathologische Erscheinung hinstellt. Wer mit dem katholischen Christen die Möglichkeit eines Eingreifens Gottes ins Menschenleben annimmt, kann die Möglichkeit einer übernatürlichen Ekstase nicht leugnen. Wer dagegen ein übernatürliches Eingreifen Gottes als Unmöglichkeit hinstellt, kann nicht verlangen, daß man seine antichristlichen und widersinnigen Aufstellungen als Maßstab hinnehme. Es wäre schon ein Fortschritt für die Wissenschaft, wenn die Mahnung Binswangers (S. 31) befolgt würde, auf religiösem Gebiete nicht alles als Wahn zu erklären, was man selbst nicht annehmen will.

Man hat auch den Fanatismus als Krankheit des religiösen Gefühls hingestellt. Indes ist Fanatismus in Wirklichkeit nichts anderes als eine durch feurige Leidenschaft hervorgerufene und unterhaltene, rücksichtslose Durchführung der eigenen Anschauungen, seien diese nun religiöser Natur oder nicht. Es gibt auch einen Fanatismus in der Wissenschaft, in der Politik, im sozialen Leben. Immer handelt es sich um die Durchführung von Grundsätzen, die der Handelnde als absolut sicher und unverletzlich hinstellt, an denen er mit seinem ganzen Wesen hängt. Beispiellose Härte gegen alle, welche der Erreichung des Zieles hindernd im Wege stehen, kann leicht die Folge des Fanatismus sein. Man muß zugeben, daß eine zu weit gehende Betonung gewisser religiöser Grundsätze, welche das Innerste des Menschen ergreifen, die Leidenschaften in einem Maße zu wecken vermag, wie es bei andern Grundsätzen nicht so leicht der Fall wäre. Zweifellos stellt religiöser Fanatismus im strengen Sinne des Wortes entweder ein Verbrechen oder eine psychische Krankheit dar.

Eine Frage scheint man sich, wohl im Hinblick auf unsere wenig religiöse Zeit, weniger oft zu stellen: Gibt es auch anormale Verminderungen religiöser Gefühle? Die Vernunft spricht für die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der Tatsache. Die Erfahrung bestätigt die Vermutung. Von Natur aus ist der Mensch religiös und besitzt ein gewisses Normalmaß religiöser Gefühle. Anormale Verminderung und demnach eine Störung im Seelenleben hat es also zu bedeuten, wenn jedes Verlangen nach religiöser Belehrung abhanden gekommen, wenn religiöse Gleichgültigkeit auf breitester Grundlage sich geltend macht, wenn der Unglaube und die Gottlosigkeit sich zu rühmen beginnt. Meistens gehören

diese Erscheinungen ins Gebiet der Sünde, stehen also noch innerhalb der Marken physiologischer Gesundheit. Sie haben dann ihren Grund entweder im schuldbaren Mangel jeder religiösen Kenntnis oder in dem Überhandnehmen von Neigungen, welche der religiösen Wahrheit den Fehdehandschuh hingeworfen[1]. Verbunden mit der krankhaften Verminderung religiös-sittlicher Gefühle tritt oft eine merkwürdige Erscheinung auf, unter welcher die positiven Religionen viel zu leiden haben: der Fanatismus des Unglaubens und der religionslosen Wissenschaft.

Es ist klar, daß im Idiotismus und in der paralytischen Verblödung mit den andern höheren Affekten auch bald die religiösen Gefühle schwinden. Hier hat man natürlich mit einer eigentlichen Krankheit zu tun.

Wie die andern Gemütsbewegungen, so degenerieren auch die religiösen Gefühle am leichtesten auf neurasthenischem Boden. Die Ansteckungskraft, welche ihnen innewohnt, die Leichtigkeit, mit der sie epidemisch auftreten, Gespensterfurcht, Dämonomanie, Hexenwahn, Spiritismus führt sich wohl zum Teil zurück auf die besondern zeitlichen und örtlichen Umstände, zum Teil aber liegt sie in der Macht begründet, mit welcher gerade religiöse Vorstellungen den Menschen in seinem innersten Wesen ergreifen können.

Wer sich berufen glaubt, gewisse mystische Erscheinungen innerhalb der christlichen Religion als pathologische zu erklären, muß zuerst den Beweis liefern, daß er das normale christliche und katholische Leben kennt, in der christlichen Dogmatik, Moral und Aszese sich gründlich zurecht findet. Gelingt es ihm vielleicht, wie z. B. Herrn Murisier[2], eher das Gegenteil zu beweisen, so ist er wohl kaum berufen, über die Maladies du sentiment religieux zu schreiben. Aber auch ein Agnostiker wie Ribot ist nicht der Mann, um in religiösen Dingen die Grenze zwischen Normalem und Pathologischem zu bestimmen.

---

[1] Ribot neigt dazu hin, ein eigentliches Fehlen von religiösen Gefühlen anzunehmen (S. 326, vgl. S. 359). Dasselbe ist ihm eine pathologische Erscheinung, und zwar der rein affektiven Seite des psychischen Lebens. Er meint, religiöse Ideen können noch vorhanden sein, aber sie machten gar keinen Eindruck mehr. Hier ist das gleiche zu bemerken, wie bei dem sog. moralischen Irresein (moralischen Blindheit). Entweder ist zwar die Kenntnis religiöser Ideen da, aber es mangelt die Überzeugung, dann hat die religiöse Indifferenz auch ihre intellektuelle Seite, oder die Überzeugung ist da, und dann fehlen zwar nicht alle religiösen Gefühle, aber sie treten vor andern Strebungen zurück und werden kaum bemerkt; die religiöse Gefühllosigkeit ist keine vollständige.

[2] Maladies du sentiment religieux, Paris 1901. Das genannte Schriftchen besitzt keinerlei wissenschaftlichen Wert. Daher wird auf dasselbe in dieser Arbeit nicht weitere Rücksicht genommen.

§ 2. Pathologie der moralischen Affekte.

Nach Lombroso soll es geborene Verbrecher geben mit ihrem ganz eigenen, physiologischen und sozialen Typus. Man suchte die Tatsachen zu erklären durch Atavismus (Zurücksinken auf die Stufe des „primitiven" Menschen), durch Infantilismus (d. h. Mangel an Entwicklung, Stehenbleiben auf der Stufe der Kinder). Andere statuierten pathologische Veranlagung und stellten den geborenen Verbrecher auf eine ähnliche Stufe wie den Epileptischen, welcher in seinem Anfall alles zerstört und seine Nebenmenschen verletzt. Gewisse Soziologen suchten das Problem zu erklären aus dem sozialen Milieu des Verbrechers. Der „geborene Verbrecher", so sagt man, sei das notwendige Produkt[1] der heutigen sozialen Entwicklung mit ihren Ungerechtigkeiten und Unterdrückungen. Die Verfolgung der Frage, ob es „geborene Verbrecher" gibt, Verbrecher von „Natur aus", würde uns zu weit führen; sie gehört in die kriminelle Anthropologie. Übrigens muß es jedem Christen klar sein, daß eine solche Aufstellung von Verbrechertypus unhaltbar ist. Lombroso hat übrigens seine Gegner schon gefunden unter den Anthropologen. Psychologisch hat seine Theorie die Annahme einer moralischen Idiotie zur Voraussetzung. Mit dieser müssen wir uns im folgenden beschäftigen. Die Engländer nennen sie moral insanity. Krafft-Ebing entwirft von ihr (S. 639) das folgende Bild.

„Als grellste Erscheinung dieses Defektzustandes tritt eine mehr oder weniger vollkommene, moralische Insensibilität, ein Fehlen der moralischen Urteile und ethischen Begriffe zu Tage, an deren Stelle die aus rein logischen Prozessen hervorgehenden Urteile des Nützlichen und Schädlichen treten. Allerdings können die Gebote des Sittengesetzes eingelernt und mnemonisch reproduzierbar sein, aber wenn sie je ins Bewußtsein eintreten, so bleiben sie von Gefühlen und Affekten unbetont und damit starre, tote Vorstellungsmassen, nutzloser Ballast für das Bewußtsein des Defektmenschen, der daraus keine Motive oder Gegenmotive für sein Tun und Lassen zu ziehen weiß."

Weil demnach der Charakterzug dieses moralischen Irreseins im Mangel moralischer Gefühle besteht, nennt man dasselbe auch „moralische Gefühllosigkeit", sittliche Farbenblindheit oder mit Schule „Irresein der altruistischen Gefühle". Prichard definiert sie: Un trouble d'esprit qui affecte exclusivement les sentiments moraux laissant l'intelligence parfaitement intacte. Nach der modernen Psychologie hieße das entweder vollständige Abwesenheit oder aber tiefe Perversion der altruistischen

[1] Achille Loria, Die Soziologie. Deutsch von Dr Klemens Steiß, Jena 1901, 10.

Gefühle, Gefühllosigkeit gegenüber der Vorstellung von fremdem Recht, fremdem Wohl oder Wehe, absoluter Egoismus mit allen seinen Konsequenzen, bei intakter Intelligenz. Man findet nach Ribot (Ps. d. s. 304) das moralische Irresein unter zwei Formen:

1. „Die passive oder apathische Form, d. h. reine Gefühllosigkeit. Wenn das Temperament kalt ist und die Umstände günstig, so ist keinerlei Gewalttat zu befürchten. 2. Die aktive oder impulsive Form, wo die Gewalt der Triebe ohne Zügel ist. In ihrer Gesamtheit umfaßt sie vollständige Gefühllosigkeit, Abwesenheit jeglichen Mitleids, blutdürstiges Wesen bei kaltem Blute (férocité froide), Mangel an Gewissensbissen nach verübten Gewalttätigkeiten oder Mord."

Die Hypothese eines moralischen Irreseins führt aber zu solchen Konsequenzen, daß wir uns wohl drei Fragen vorlegen dürfen:

Erstens: Gibt es eine moralische Idiotie, und zwar als angeborenes Leiden? Zweitens: Ist sie denkbar ohne intellektuellen Schwachsinn? Drittens: Darf man sehr leicht auf moralische Idiotie erkennen?

1. Wenn wir uns zunächst die Frage stellen: Gibt es ein moralisches Irresein, so fragen wir uns: Gibt es überhaupt einen auf krankhafte Disposition begründeten Zustand, bei welchem die moralische Gefühllosigkeit einen Teil des Krankheitsbildes ausmacht, und gibt es einen solchen Zustand, der auf angeborener Disposition beruht? Wir glauben dies bejahen zu müssen. Denn erstlich finden wir vollständige Gefühllosigkeit auch in sittlicher Beziehung in Vorlaufsstadien von dementia paralytica und senilis. Sie gehen dem Schwinden des Gedächtnisses und der intellektuellen Schwäche voraus. Ebenso kann sie eine Folgeerscheinung sein, das einzige Überbleibsel einer scheinbar geheilten Geisteskrankheit. „Die Individuen kehren ins Leben zurück, sind sogar sozial vollkommen leistungsfähig, aber sie sind Philister und Egoisten geworden, was sie früher nicht waren. Das Wohl und Wehe ihrer Mitmenschen berührt sie nicht mehr, selbst die alten Familien- und Freundschaftsbande sind nur mehr locker und durch Gewohnheit geknüpft. Bei mangelndem Interesse für alle höheren ästhetischen und ethischen Beziehungen des Kulturlebens gehen sie in der Befriedigung ihrer materiellen Bedürfnisse und Dienstpflichten auf. . . . Ein solcher Zustand krankhafter Gemütlosigkeit entwickelt sich aus gleicher Ursache nicht selten bei Onanisten und Schnapstrinkern" (Krafft-Ebing 51).

Vorübergehend können sich solche Zustände ethischer Gefühllosigkeit einstellen bei Kopfverletzungen. Wigan erzählt folgenden Fall. Ein Junge wurde von seinem Lehrer mit dem Lineal auf den Kopf geschlagen. Eine

völlige Umwandlung der moralischen Gefühle des Patienten stellte sich ein. An der Stelle der Verletzung fand sich eine leichte Schädeldepression. Man trepanierte und entfernte einen Knochensplitter, der auf das Gehirn drückte. In der Folge war die alte Persönlichkeit wiederhergestellt. Auch Epilepsie und Hysterie haben zeitweise eine Herabsetzung der ethischen Gefühle zur Folge. Wenn es aber eine erworbene moralische Idiotie gibt, so wird auch die Möglichkeit angeborener moralischer Idiotie wohl nicht zu leugnen sein. Denn auch infolge von angeborenen Hirndefekten ist ja geistige Schwäche möglich. Daß auf dem Boden intellektueller Idiotie ethische Anschauungen und ethische Gefühle nicht wohl gedeihen können, ist leicht zu begreifen. Allein die Frage lautet, kommt die moralische Idiotie als eine vom intellektuellen Schwachsinn getrennte Erscheinung vor? Gibt es eine moralische Idiotie bei intakt erhaltener Intelligenz? Mit andern Worten: Gibt es wirklich eine moralische Idiotie im Sinne Prichards? Bevor wir diese Frage beantworten, wollen wir an einem Beispiel, das wir dem Werke Krafft-Ebings (S. 743) entlehnen, das tatsächliche Bild eines sog. „Moralisch Irren" kennen lernen.

„F., 35 Jahre alt, ledig, Dienstmädchen, stammt von einem exzentrischen, aufgeregten Vater. Mutter unbekannt. Ein Bruder leidet an periodischem Irrsinn, ein anderer ist ein Sonderling.

Patientin kam schwächlich zur Welt, war als Kind kränklich, zuckte bei Gemütsbewegungen gleich zusammen. Sie war unbegabt, ungelehrig, boshaft, eigensinnig, höchst reizbar, ungesellig, naschhaft, unstet, bei keiner Arbeit andauernd, roh, gefühllos, nur auf Befriedigung ihrer Launen ausgehend. . . . Mit 19 Jahren, nach dem Tode der Eltern, mußte sie Dienste suchen. Sie hielt nirgends lange aus, wurde auch gewöhnlich nach kurzer Zeit verabschiedet, denn sie war faul, lügenhaft, männersüchtig und der Prostitution ergeben. Alle Versuche der ehrenwerten Familie, sie auf gute Wege zu bringen, waren vergeblich. Sie vernaschte und verjubelte Kleider und Geld, das die Geschwister ihr zukommen ließen, ebenso machte sie es mit ihrem Erwerb, den sie als Dienstbote und durch Prostitution sich verschaffte. Gefühle der Selbstachtung, der Anhänglichkeit an die braven Geschwister waren ihr fremd. Nur wenn sie nichts hatte, suchte sie ihre Geschwister auf, um sie zu brandschatzen. Durch ihren dissoluten Lebenswandel hatte sie häufig Anstände mit der Polizei, da sie den öffentlichen Anstand verletzte, sich nicht an polizeiliche Vorschriften kehrte. An ihrem unehrbaren Lebenswandel fand sie nichts Anstößiges. Als sie schließlich nirgends mehr einen Dienst fand, nahmen sie die Geschwister bei sich auf. Sie machte sich durch ihr grenzenlos saloppes, unreinliches Wesen, durch ihre Faulheit, Unsittlichkeit, Roheit, sinnlose Verschwendungslust in der ehrbaren Familie bald unmöglich. . . . Die F. trieb sich nun in Winkelbordellen der ordinärsten Sorte, in Schnapsbuden und Asylen für Obdachlose herum, bis sie eines Tages von

der Polizei aufgegriffen wurde. Sie geriet dabei in einen pathologischen Zornaffekt, gebärdete sich wie rasend, so daß man sie ins Beobachtungszimmer im Spital sandte. Dort spielte sie die gekränkte Unschuld, fügte sich nicht in die Ordnung des Hauses, hetzte die andern Patienten auf, explodierte bei der großen Reizbarkeit beständig in zornigen Affekten, die sich um die Affäre mit der Polizei drehten. Diese war ihr feindlich gesinnt, suchte sie nur zu schikanieren, während sie kein Wässerchen je getrübt hätte. . . . Alle durch ihren Lebenswandel ihr widerfahrenen Widerwärtigkeiten stellte sie als durch Bosheit anderer hervorgerufen hin.

„Patientin ist mittelgroß, abschreckend häßlich, von groben, sinnlichen Zügen. Die sittliche Verkommenheit, Gemeinheit, Frivolität ist Patientin sozusagen auf die Stirne geschrieben. Stirnschädel schmal, flach; Nasenwurzel tief liegend; Nasenbeine breit, flach. Mimische Kontraktur der Muskeln des linken Mundwinkels. Patientin ist plump in ihren Bewegungen, hat einen schlürfenden Gang. . . . Ihre Darstellung der Vorkommnisse ist eine unrichtige, auch da, wo sie kein Interesse hat, zu beschönigen."

2. Liegt in solchen Fällen wirklich eine bloße Elementarstörung der moralischen Gefühle vor? oder ist auch die Intelligenz angegriffen?[1] Die Raffiniertheit, mit welcher solche moralisch Irre sich verteidigen und ihre verbrecherischen Pläne verfolgen, scheint das letztere auszuschließen.

Zunächst ist zu bemerken, daß in den Fällen *erworbener* moralischer Idiotie die Intelligenz immer mitangegriffen erscheint. Dies gilt von paralytischer Verblödung, vom Greisenirrsinn, von den Fällen maskierter Epilepsie, wie von den vorübergehenden Anfällen bei Kopfverletzungen. Das ist ein starkes Präjudiz, daß auch in Fällen angeborener sittlicher Gefühllosigkeit die Intelligenz keineswegs intakt sei. Eine andere auffällige Tatsache ist, daß bei solchen Defektmenschen nicht die ethischen Gefühle allein fehlen, sondern auch die ästhetischen primitivster Natur, wie auch das Beispiel besagt. Wenn demnach das Fehlen sittlicher Gefühle den hervorstechenden Zug der moralischen Idiotie bildet, so ist er doch nicht der einzige. Zudem lassen sich die Erscheinungen brutalster Gewalttätigkeit und gemeinster Rohheit, die rücksichtsloseste Überschreitung aller sittlichen Schranken nicht auf das einfache Fehlen mangelnder sittlicher Gefühle reduzieren. Es sind brutale Triebe im Spiele, welchen keine hemmende Kraft entgegensteht. Krafft-Ebing bemerkt auch, daß gerade die moralische Idiotie es ist, auf deren Boden die perversesten Triebe sich zeigen. Den Trieben kann aber eine doppelte Kraft entgegenstehen: das

[1] Vgl. zum Folgenden die kurzen, aber treffenden Bemerkungen bei *Hoche*, Die Imbezillität in „Lehrbuch der Psychiatrie" von *Binswanger* und *Siemerling* 238.

Gefühl und der freie Willensentschluß auf Grund des Pflichtbewußtseins. Das zweite ist das Ausschlaggebende. Die erstere kann unter ungünstigen Umständen versagen oder nicht mächtig genug sein. Zwar stellen Ribot und andere moderne Psychologen die Behauptung auf, der Wille vermöge nichts, wenn das Gefühl fehle. Allein dies widerspricht der Alltagserfahrung wie den Prinzipien einer gesunden Philosophie. Ebenso unrichtig ist es, wenn Krafft-Ebing sagt, die sittlichen Begriffe und Urteile bleiben starre, tote Massen, wenn das Gefühl mangle. Nein, sie bleiben nicht starr und tot, wenn nur der Wille nicht mangelt. Der Wille kann aber mangeln entweder aus eigener Schuld oder weil bei sonstigen krankhaften Dispositionen das Pflichtbewußtsein mangelt oder nicht in Tätigkeit tritt. Wenn es demnach moralisch Irre gibt, so muß ihnen jegliches Pflichtbewußtsein bei ihren Handlungen abgehen. Damit ist aber auch nachgewiesen, daß bei ihnen der Intellekt keineswegs intakt ist. Wirklich handeln viele von diesen sog. moralisch Irren immer nur dann planmäßig, wenn es sich um Befriedigung niederer Triebe, unsittlicher, verbrecherischer Gelüste handelt. Ein zu erstrebendes Lebensziel kennen sie nicht. Die bittersten Erfahrungen vermögen sie nicht zu bewegen, ein besseres Los zu suchen. Das Geld verschleudern sie und vernaschen es wie die Kinder. Menschenwürde scheint ihnen unbekannt, höhere Ideen fehlen ganz. „Sie sind geborene Müßiggänger und sittliche Schwächlinge. Vagabundieren, Betteln, Stehlen sind Lieblingsbeschäftigungen, Arbeit ist ein Greuel." Dieser Mangel höherer Ideen verbunden mit dem ausgeprägtesten Egoismus im Triebleben niederster Natur erklären am besten alle die charakteristischen Züge dieser trostlosen Menschenklasse. Man wird aber nicht behaupten, daß wenn trotz bester und rechtzeitiger Erziehung alle höheren Ideen fehlen, auch dann noch das Geistesleben intakt geblieben sei.

„Interesselos für alles Edle und Schöne, stumpf für alle Regungen des Herzens, befremden diese unglücklichen Defektmenschen früh schon durch Mangel an Kindes- und Verwandtenliebe, Fehler aller sozialen, geselligen Triebe, Herzenskälte, Gleichgültigkeit gegen das Wohl und Wehe ihrer nächsten Angehörigen, durch Interesselosigkeit für alle Fragen des sozialen Lebens. Natürlich fehlt auch jegliche Empfänglichkeit für sittliche Wertschätzung oder Mißbilligung seitens anderer, jegliche Gewissensregung und Reue. Die Sitte verstehen sie nicht, das Gesetz hat für sie nur die Bedeutung einer polizeilichen Vorschrift, und das schwerste Verbrechen erscheint ihnen von ihrem eigenartigen, inferioren Standpunkt nicht anders als einem ethisch vollsinnigen Menschen die einfache Übertretung einer polizeilichen Verordnung. Geraten sie in Konflikt mit dem einzelnen oder der Gesellschaft, so treten an Stelle der einfachen Herzenskälte und Negation

Haß, Neid, Rachsucht, und bei ihrer sittlichen Idiotie kennt dann ihre Brutalität und Rücksichtslosigkeit keine Schranken. Dieser ethische Defekt macht sie unfähig auf die Dauer in der Gesellschaft sich zu halten. „Sie werden zu Kandidaten des Arbeits-, Zucht- oder Irrenhauses, welche Aufbewahrungsorte sie endlich erreichen, nachdem sie als Kinder bei ihrer Faulheit, Lügenhaftigkeit, Gemeinheit der Schrecken der Eltern und Lehrer, als junge Leute bei ihrem Hang zur Vagabondage, Verschwendung, Exzessen, Diebstählen die Schande der Familien, die Plage der Gemeinden und Behörden gewesen, um endlich die Crux der Irrenanstalten und die Unverbesserlichen der Strafhäuser zu werden" (Krafft-Ebing 639 ff).

3. Wir werden aber nicht fehlgehen, wenn wir aus denen, die man heute für moralisch Irre, für geborene Verbrecher erklärt, sehr viele ausscheiden. Wir müssen sie ausscheiden, weil bei ihnen die moralische Gefühllosigkeit entweder nicht konstatiert oder keine angeborene ist, und ihr Verbrechertum nicht auf Rechnung organischer Veranlagung, sondern auf fremde und eigene Schuld sich zurückführt. Bei manchem spricht man auch von moralischer Gefühllosigkeit, während dieselbe durchaus nicht so groß ist. Der Fall, welchen Krafft-Ebing anführt, bietet uns selbst ein Beispiel. Seine „moralisch Irre" beklagt sich über die Bosheit anderer. Es gehen ihr also die moralischen Begriffe nicht ganz ab, nicht einmal das Gefühl, denn sie ist ergrimmt. Das Gleiche gilt von zwei Fällen Maudsleys (Physiologie und Pathologie der Seele 330 ff). Ähnliches trifft man bei Dieben. Sie haben das Rechtsgefühl, sobald es sich um ihre, wenn auch durch Diebstahl erworbenen Habseligkeiten handelt. Welche Entrüstung, wenn ihnen von dem Entwendeten etwas genommen wird! Ansätze dazu finden sich unter den sog. „Ehrenmännern". Wie mancher füllt die Tagesblätter mit Entrüstungsgeschrei über den Fehltritt eines Priesters, während sein Herz voll Ehebruch und Ungerechtigkeit ist!

Wenn aber wirklich sittliche Begriffe, Urteile, Pflichtbewußtsein mangeln, dann erhebt sich die Frage: Ist dieser Mangel an sittlichen Begriffen und Urteilen originäre, fehlerhafte Veranlagung oder ist es zum teil wenigstens ein durch fremde und eigene Schuld erworbenes Übel? Der Mangel allein spricht weder für das erste noch für das zweite.

Berechtigt ist eine Untersuchung des „moralisch Irren" auf Anzeichen von Fallsucht oder hereditäre Belastung. Wo sich in der Aszendenz Irrsinn, Trunksucht, Epilepsie findet, da ist allerdings ein Präjudiz gegeben, das den anormalen Bildungen des Schädels, der Gesichtszüge 2c. eine viel weitgehendere Bedeutung verleiht. Es liegt nahe, den moralischen Defekt diesen ererbten Veranlagungen auf Rechnung zu schreiben. Zwei von den drei

Fällen, die Maudsley zitiert, erweisen Irrsinn in der Familie. Daß diese aber die ganze Schuld tragen, ist noch lange nicht erwiesen. Erst wenn die ethischen Defekte bis in die früheste Kindheit zurückdatieren, allen Bemühungen der Erziehung, auch wenn dieselbe noch so rechtzeitig einsetzte, im Elternhaus und in der Schule trotzen, durch keine trüben Erfahrungen im Leben in günstiger Weise beeinflußt werden, hat man das Recht, das Verdikt zu sprechen, daß es sich um angeborene moralische Idiotie handelt. „Die Erfahrung hat gelehrt, daß im ganzen nur sehr selten die Diagnose eines moralischen Irreseins erlaubt ist" (Hoche 237 f). Wenn sie eintrifft, so läßt sich auch zugleich ein gewisser intellektueller Schwachsinn nachweisen. Am häufigsten werden übrigens drei Faktoren beim sog. geborenen Verbrecher zusammentreffen: erbliche Belastung, Mangel an Erziehung, schuldbares Sichgehenlassen im Lasterleben. Durch die Ausscheidung jener Fälle, in welchen Mangel an Erziehung und freie Selbstverschuldung wenigstens zum Teil für das spätere Vagabunden- und Verbrecherleben haftbar sind, wird die Zahl der „moralisch Irren" auf ein relatives Minimum hinuntersinken. Der so bleibende Rest kann dann freilich als unverantwortlich hingestellt werden. Wir haben es dann mit wirklichen Schwachsinnigen zu tun, welche von denen der Idiotenanstalten sich dadurch unterscheiden, daß ein größeres Maß von landläufigen Vorstellungen und Begriffen ihnen erhalten blieb. Selbst Krafft-Ebing drückt sich an anderer Stelle (S. 289) sehr vorsichtig aus: „Diejenigen Fälle, in welchen vorwiegend die ethischen Leistungen defekt sind, pflegt man als ‚moralischen Schwach-, Blödsinn' (‚moralisches Irresein') zu bezeichnen." Hoche dagegen rät, die Bezeichnung „moralisches Irresein" möglichst wenig zu gebrauchen.

Wie es übrigens Verbrecher gibt, welche erst im Zuchthaus irre werden, so kann es Verbrecher geben, bei denen ein Lasterleben nach einer Reihe von Jahren zum Schwachsinn führt. Erst von der Zeit an ist der Verbrecher als ein Irrsinniger zu behandeln, wo der Defekt sich organisch festgesetzt und nicht mehr durch freien Willensakt korrigierbar wird.

Zweites Kapitel.

Störungen in den eigentlichen Willensakten.

Die Störungen des eigentlichen „Wollens" haben, wie schon oben ausgeführt wurde, ihre Quelle anderswo als im Willen selbst.

Wenn der Verstand dem Willen keine Motive mehr liefert, wenn die sinnlichen Affekte gänzlich schweigen, wenn die Vorstellungen träge dahinschleichen oder stille zu stehen drohen, ist es nicht anders möglich, als daß

auch im Willen die Beweglichkeit abnimmt, daß Unschlüssigkeit, Energielosigkeit, Willenlosigkeit eintritt, ja der Wille allmählich ganz zu ersterben scheint. Wenn umgekehrt Vorstellungen und Motive sich drängen, wenn die Leidenschaften arbeiten und ungestüm vorwärts treiben, kann leicht Tatendrang, ja bis zum Schrankenlosen gesteigertes Wollen sich zeigen.

Von den eigentlichen Willensstörungen haben wir aber jene Fälle wohl zu trennen, wo bloße Hemmung bzw. vollständiges Versagen der Bewegungsimpulse einen Mangel an Willen oder aber rasche Auslösung und Aufeinanderfolge von Bewegungen gesteigerter Willenstätigkeit vortäuscht.

Wir können nach dem Vorgange Griesingers die Willensstörungen in zwei große Gruppen scheiden:

1. Das krankhaft herabgesetzte Wollen, Energielosigkeit und Willenlosigkeit;

2. das krankhaft gesteigerte Wollen.

§ 1. Das krankhaft herabgesetzte Wollen.

Die Willenlosigkeit äußert sich in Untätigkeit und Antipathie gegen jede Handlung, Scheu vor jeder entschiedenen Tat (Anenergie) in ewiger Bedenklichkeit und Unschlüssigkeit, die zu keinem Resultat in der Beratung, zu keinem Entschluß in der Wahl kommen läßt, in der Unfähigkeit, die nötigen Impulse aufzubringen, welche das Alltagsleben mit seinen Berufspflichten verlangt (Abulie).

Diese Willenlosigkeit zeigt sich in den verschiedensten Graden von der Unschlüssigkeit gewisser Individuen, die immer eines fremden Antriebes bedürfen, und welche sich noch innerhalb der physiologischen Gesundheitsbreite befindet, hindurch durch die Energielosigkeit mancher Neurastheniker, die wechselnden Launen der Hysterischen und die ersten Stadien der Melancholie bis zum fast vollständigen Ersterben des Willens in der Idiotie und der Verblödung. Sie macht sich nach den beiden Hauptfunktionen des Willens — Befehlen und Zurückhalten — in doppelter Richtung geltend: Der Wille vermag keine durchgreifende Entschließung mehr zu fassen, keinen tatkräftigen Befehl zu erteilen, und er hat die Macht verloren, den durch Reflex oder durch das sinnliche Begehren ausgelösten Bewegungen Schranken zu ziehen und Einhalt zu gebieten.

Esquirol erzählt folgenden Fall: „Ein durch sein Wissen und die Macht seines Wortes ausgezeichneter Beamter wurde infolge von Kummer vom Irrsinn (Monomanie) befallen. Er hat den Gebrauch der Vernunft vollständig wiedererlangt, aber will nicht mehr in die Welt zurückkehren, obwohl er erkennt, daß er unrecht handelt; er will sich um seine Geschäfte nicht mehr kümmern, obgleich

er wohl weiß, daß sie leiden. Seine Unterhaltung ist ebenso vernünftig als geistreich. Spricht man ihm vom Reisen, von der Sorge für seine Geschäfte, so antwortet er: ‚Ich weiß schon, daß ich es tun sollte, und daß ich es nicht tun kann. Ihre Ratschläge sind sehr gut, ich möchte ihre Anweisungen befolgen, ich bin überzeugt; aber machen Sie, daß ich wollen kann mit einem Willen, der zum Entscheide bringt und ausführt.' — ‚Es ist sicher', sagte er mir eines Tags, ‚daß ich nur Willen habe, um nicht zu wollen; denn ich besitze ganz meinen klaren Verstand; ich weiß, was ich tun muß, aber die Kraft verläßt mich, wenn ich handeln sollte.'" Ein anderer Fall, den Ribot (Maladies de la volonté 39) den Annales médico-psychologiques des Dr Billod entnommen hat, ist in seiner Ausführung zu breit, um hier ganz Platz zu finden. Eine Probe daraus möge genügen. Es war Dr Billod mit Mühe gelungen, seinen Kranken zu einer Reise nach Italien zu bewegen. Bisweilen konnte nur die Furcht, Dr Billod werde ihn mit Gewalt transportieren lassen, zur Weiterreise bewegen. In Rom wollte der Kranke am Feste des Apostelfürsten den Zeremonien beiwohnen; er rüstete sich, er machte Anstrengungen: umsonst. „‚Sie sehen schon', sagt der Kranke, ‚ich bin immer mein Gefangener. Es fehlt mir nicht der Wunsch, da ich mich ja seit drei Stunden vorbereite; hier bin ich angekleidet, rasiert, hab' sogar meine Handschuhe an, und doch kann ich nicht fort von hier.'" In Lyon trat bei der Rückreise ein psychologisch interessanter Zwischenfall ein. Der Wagen mit den Koffern überfuhr eine Frau. Da gewann der Kranke plötzlich seine Energie wieder, und ohne zu warten, bis der Wagen angehalten, warf er seinen Mantel von sich, öffnete die Türe und befand sich als der erste bei dieser Frau."[1] Es ist sehr bemerkenswert, wie bei dem Kranken früher Furcht und Schrecken, hier das Mitleid dem Willen den nötigen Nachdruck gaben.

Zu London starb am 8. Dezember 1859 ein wahres Genie, Thomas de Quincey, leider ruiniert am Leib wie an der Seele durch fortgesetzten Opiumgenuß. In seinen Confessions of an opiumeater und in seinen Suspiria de profundis beschreibt er die Willenlosigkeit, welcher er durch sein Laster zum Opfer gefallen:

„Diesen Zustand geistiger Schlaftrunkenheit habe ich mehr oder minder während der vier Jahre erfahren, die ich unter dem Einfluß der circeischen Verzauberungen des Opiums verlebt. Das war ein solches Elend, daß man in Wahrheit sagen könnte, ich habe im Zustande des Schlafes gelebt. Selten konnte ich es über mich bringen, einen Brief zu schreiben: eine Antwort von wenigen Worten war strenggenommen alles, was ich zu stande bringen konnte, und das erst, nachdem der zu beantwortende Brief Wochen und selbst Monate lang auf dem Tisch gelegen. Ohne die Hilfe von M. wäre weder über bezahlte noch über zu bezahlende Rechnungen irgend eine Notiz gemacht, und mein Haushalt wäre in eine aussprechliche Verwirrung geraten. Das ist ein Punkt, von dem ich nicht mehr sprechen werde, aber den schließlich jeder Opiumesser erfahren

[1] Ribot a. a. O. 43 ff 48.

wird: ich meine jenen Druck und jene Qual, welche ihm dieses Gefühl der Unfähigkeit und Schwäche, diese Nachlässigkeit, diese Fahrlässigkeiten in den Alltagspflichten und diese bittern Gewissensbisse verursachen, welche entstehen, sobald er nachzudenken beginnt. . . . Er ist unter dem Drucke eines Alps, der auf ihm lastet." Quincey vergleicht den armen Opiumesser — sich selber — mit einem ans Bett genagelten Kranken, dem ein schweres Leiden eine tödliche Schwäche beigebracht, der Zeuge sein muß, wie man diejenigen beschimpft und mißhandelt, die ihm so teuer sind. „Er verflucht das Schicksal, das ihn ankettet und jede Bewegung ihm versagt. Gern gäbe er sein Leben, könnte er nur sich erheben und gehen. Aber er ist ohnmächtig wie ein Kind, und kann nicht einmal versuchen, sich auf die Beine zu stellen." [1] „Das Elend war ins Haus getreten, und die Kinder kamen. Quincey sah sie leiden, er sah, wie seine Frau sich erschöpfte und sein Herz blutete, aber er war der Lahme, der nicht helfen kann." [2]

Ein anderes trauriges Beispiel eines durch Opiumgenuß gelähmten Willens ist der englische Dichter Samuel Taylor Coleridge [3].

Diese Lähmung des Willens, diese Abulie, wie die Psychiater sie zu nennen pflegen, nimmt einen eigenen Charakter an, wenn der Wille, sei es die Reflexe oder die Instinkt- bzw. Spontanbewegungen nicht mehr zu hemmen vermag. Wir stehen dann vor den traurigen Erscheinungen der Zwangsimpulse und Zwangshandlungen. „Der Mangel jedes intellektuell verarbeiteten Motivs, die Raschheit und Heftigkeit der Ausführung, sind es, welche die Zwangshandlungen charakterisieren. Mütter können unter dem Einflusse solcher Antriebe zur Ermordung ihrer heißgeliebten Kinder gedrängt werden. . . . Der vollbrachten Tat pflegt zunächst ein großes Gefühl der Erleichterung zu folgen, das erst im weiteren Verlaufe durch die volle Einsicht und die bitterste Reue verdrängt wird." [4] Die Fälle sind so selten nicht, wo von Zwangsideen Verfolgte selbst Unterkunft in einem Nervenasyl suchten, um dort überwacht und sicher zu sein, daß ihre schreckhaften Vorstellungen nie zur Wirklichkeit würden [5]. Die Franzosen gaben dieser eigentümlichen Erscheinung den Namen einer folie impulsive.

Wie bei der Willenlosigkeit die Reflexe nicht mehr gehemmt werden, sondern in maßlos gesteigerten Bewegungen zum Ausbruch kommen;

[1] Confessions etc. 186 188, bei Ribot a. a. O. 42.

[2] Arvède Barine, Essais de littérature pathologique II, in Revue des Deux mondes 1896, 1 nov. et 15 nov.

[3] Vgl. Revue des Deux mondes 1890.

[4] Kraepelin, Psychiatrie [3] 141.

[5] Vgl. Calmeil, Traité des maladies inflammatoires du cerveau bei Ribot, Mal. de la vol. 79 ff. Pierre Janet 422 f.

wie die spontanen, die Trieb- und Instinktbewegungen rücksichtslos sich äußern können und so dem ganzen Gebaren das Wesen des Tierischen aufzuprägen im stande sind, so ist es auch möglich, daß ein fremder Wille die Oberhand gewinnt und den Willenlosen lenkt und leitet, wie er will. Dies ist für gewöhnlich der Fall in den tieferen Stadien der Hypnose und besonders nach oft wiederholter Einschläferung. Da zeigen sich die Erscheinungen des sog. Befehlsautomatismus. Es ist bekannt, daß zwischen der Nancyer und Pariser Schule eine vollständige Verschiedenheit der Ansicht besteht. Nach Liébeault, Beaunis, Bernheim, Liégeois wäre die Beschlagnahme des Hypnotisierten durch den Hypnotiseur eine vollständige, und jeder Widerstand gegen den auferlegten Willen des Hypnotiseurs würde auf die Dauer besiegt. Eine schlechthin suggestible Person würde mit sich geschehen lassen und würde tun, was immer der Hypnotiseur befiehlt. Die Schule der Salpetrière (Charcot, Brouardel usw.) sagen, der Widerstand sei möglich, er sei sehr schwach, wenn die befohlene Handlung eine Kleinigkeit sei, er wachse aber mit der Wichtigkeit des suggerierten Aktes.

Wir glauben nicht, daß es der Pariser Schule gelungen ist oder gelingen wird, die Ansicht der Nancyer Ärzte zu widerlegen. Die Sequestrierung des Widerstandes wird wohl bei wiederholter Suggestion und stets erneuerter Hypnose mit der Zeit erfolgen müssen oder so schwach werden, daß er dem eingepflanzten Befehle nicht stand hält. Was man der Pariser Schule zugeben kann und muß, ist die Tatsache, daß nicht bei jeglichem Grad der Hypnose und nicht gleich das erste Mal vollständige Willenlosigkeit des Hypnotisierten eintritt, und daß der Widerstand des Hypnotisierten um so größer wird, je kräftiger sein moralischer Charakter gestaltet ist und je mehr die auferlegte Handlung seinem moralischen Fühlen und Denken widerspricht. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß mit jeder erneuten Hypnose, ja mit jeder autoritativ erneuten Suggestion der Einfluß des Hypnotiseurs sich steigern, der Widerstand des Hypnotisierten sich mindern muß. Man wird die wirklich in der Hypnose suggerierten und nachher ausgeführten Verbrechen nicht leugnen wollen. Wenn aber die von Ärzten zur Probe suggerierten Verbrechen nicht zur Ausführung kommen, war nicht die Ursache darin zu suchen, daß jene Ärzte eben weder den Willen hatten, noch haben konnten, wirklich die Ausführung zu befehlen?

Murisier wagt, die großen Mystiker in etwa mit den Abulikern zu vergleichen: Il ne demeure pas moins vrai qu'ils cherchent eux aussi ne fût-ce que par humilité à substituer une volonté étrangère à leur propre

volonté et qu'ils se trouvent à l'égard de Dieu dans la même situation, que ces malades vis-à-vis de leur médecin et de leurs directeurs[1].

Darauf ist zu erwidern:

a) Der ganze Charakter der großen Mystiker weist darauf hin, daß sie keine „Willenlose" waren, und dies gibt Murisier offen zu;

b) etwas anderes ist denn doch, einem Fremden sich zu unterwerfen, weil man sich selbst nicht entschließen kann, etwas anderes, Gott, von dessen Willen wir alle abhängig sind und zu unserem Besten abhängig sein müssen.

Wir haben gleich eingangs bemerkt, der Wille sei in sich keiner Störung fähig. Woher kommt also die Willensschwäche, die Willenlosigkeit? Der Wille steht in einem gewissen Wechselverhältnis zu dem Vorstellen und dem sinnlichen Begehren, sodann in einem wichtigen inneren Abhängigkeitsverhältnis zu dem Verstande und zur Vernunft. Von beiden Seiten aus kann der Wille sozusagen untergraben werden; aber die Willenlosigkeit wird sich in verschiedener Weise geltend machen.

Sowohl die Willenlosigkeit (Abulie) der Blödsinnigen, wie die Energielosigkeit (Anenergie) der Melancholischen weisen auf die erste Quelle hin.

„Bei den Blödsinnigen sind sie die traurige Folge des Untergangs aller geistigen und ethischen Interessen, der gemütlichen Indifferenz und reduzierten Sinnesapperzeption. Es kann hier, z. B. beim apathischen Blödsinn, sogar zu einem völligen Verlust der Vorstellungen kommen. Damit hat notwendig auch das Wollen ein Ende. Es bleiben hier nur die Funktionen des Trieblebens übrig, diese können sich auf Befriedigung des Nahrungstriebs beschränken" (Krafft-Ebing 91 f).

Nicht nur der Wille als vernünftige Kraft (voluntas ut ratio), sondern auch der Wille als Naturkraft stellt seine Funktionen ein. Nicht bloß das freie Wollen, sondern jegliches Wollen, jeder höhere Affekt hört auf. Anders verhält es sich mit der Willenlosigkeit der Melancholischen. Äußerlich mag sie zwar ganz dem passiven Verhalten des Blödsinnigen gleichen, aber sie hat eine andere Grundlage. Beim Blödsinnigen fehlen primär die Vorstellungen, beim Melancholischen die treibenden Affekte, und wo solche vorhanden sind, erscheinen sie durchgängig gehemmt. Wir können mit Krafft-Ebing fünf Teilursachen der Willenlosigkeit beim Melancholischen unterscheiden. Dem Kranken erscheint es unmöglich, das Begehrte zu erreichen; sein Selbstgefühl ist erniedrigt, sein Gemeingefühl verändert. Er fühlt sich so schwach, daß er glaubt, er könne nicht mehr. Und darum gibt er das Wollen auf. Jeder Aufwand von geistiger Energie, die zum Handeln notwendig wäre, ist für den Melancholiker mit Unlust und

[1] Maladies du sentiment religieux 37.

psychischem Schmerz verbunden. Deshalb hütet er sich, diese Energie anzuwenden. Es geht ihm ähnlich, wie dem, der an physischem Schmerz, z. B. an Neuralgie, leidet. Er vermeidet es instinktiv, eine Bewegung zu machen. Zudem erscheint der Übergang von Vorstellungen zum Bewegungsakte erschwert. Es ist dem Kranken selber peinlich, daß es nicht gehen will; nur unvollkommen gelingt es ihm, das mühsam Gewollte auszuführen. Bloß in heftigen, affektvollen Zuständen (wenn die Angst ihn überfällt) ist er vorübergehend freier in seinen Bewegungen und in seinem Handeln noch stürmischer als der Tobsüchtige. Es kann aber auch sein, daß eine bestimmte Vorstellung zum Handeln drängt, aber andere kontrastierende immer wieder hemmend und störend dazwischen treten.

„Der Kranke, hin und her gezogen von dem an- und abschwellenden Gewicht sich gegenseitig Opposition machender Vorstellungen, vermag dann zu keinem Entschluß zu kommen, er wird in beständige Zweifel und Grübeleien verwickelt." „Es gibt endlich Fälle, wo das Wollen rein durch Wahnideen oder Sinnestäuschungen gestört ist. So steht z. B. ein Kranker auf einem Fleck, weil er seine Beine von Glas oder Holz wähnt, oder sich am Rande eines Abgrundes sieht, oder weil Stimmen Bewegung und Sprechen verboten haben, unter der Drohung, daß er sonst verloren sei" (Krafft-Ebing 93).

So erklären sich also aus der Trägheit des Vorstellungsablaufes und aus den trüben, depressiven Stimmungen, welche die zur Tätigkeit nötigen expansiven Affekte nicht aufkommen lassen, die Passivität und Apathie der ersten Stadien von Melancholie.

Wie Kraepelin (a. a. O. 136) richtig bemerkt, kann beim Melancholischen ein virtuell sehr lebhaftes Wollen bestehen, welches aber in seinen Äußerungen gehemmt ist. Die Willenlosigkeit ist also im Blödsinn eine viel tiefer gehende. Immerhin ist die Tätigkeit des Willens als Naturkraft auch bei der Melancholie herabgesetzt.

§ 2. Die Herabsetzung und Hemmung des freien Willens.

Ein ganz anderes Bild bieten die Störungen des freien Wollens. Der geistige, freie Wille kann in seinen freien Funktionen herabgesetzt sein, während seine Naturfunktionen — die motus primo-primi — nicht nur ungeschmälert, sondern sogar gesteigert erscheinen können. Dies gilt von allen Formen der Geisteskrankheiten. Am klarsten tritt dies zu Tage bei den Geistesstörungen, in welchen unkorrigierbare Halluzinationen, Illusionen und Wahnideen auftreten. Das Urteil des Verstandes ist gefälscht, und die irregeleitete Intelligenz führt auch den Willen auf Irrwege. Wahre Freiheit und Zurechnungsfähigkeit fehlen. Aber auch da, wo die Störungen

des Verstandes bloß formeller Natur sind, wo noch keine Wahnideen sich gebildet haben, ist der Wille nicht mehr frei. Wenn durch organisch bedingte krankhafte Affekte und Triebe, denen gegenüber der Wille seine hemmende Kraft nicht zu betätigen vermag, Handlungen veranlaßt werden, so fehlt der freie Wille und die Verantwortlichkeit. Das gleiche gilt auch dann, wenn den Verstand auf der einen Seite Affekte und Stimmungen zum Entschluß und zum Handeln drängen, anderseits ihnen keine Gegenmotive entgegengestellt werden können, sei es, weil durch Hirnkrankheit das Gedächtnis defekt geworden, oder in transitorischer Störung das Selbstbewußtsein mangelt, oder endlich der krankhaft veränderte Vorstellungsablauf die Gegenmotive nicht aufkommen läßt. Wo keine ruhige Überlegung, Besonnenheit möglich ist, ist auch keine Freiheit.

Eine eigentümliche Art der Willensschwäche, die mit der Menschennatur, wie sie jetzt faktisch ist, gegeben erscheint, fällt noch in die physiologischen Gesundheitsbreiten.

Es ist die Neigung zur Sünde, zum Handeln gegen das Urteil der Vernunft. Wo fehlt es hier? Zuweilen liegt die Schwäche schon im Urteil der Vernunft selber. Es kommt noch zu dem Urteil: du solltest das tun, aber nicht mehr zum Entscheid: du mußt das tun. Der Verstand gesteht sich nicht das ganze Vollmaß der Notwendigkeit. Der Seitenblick auf Hindernisse, die zu überwinden, auf Schwierigkeiten, die zu ertragen wären, wenn der Entschluß zur Ausführung kommen müßte, hemmt natürlich die Vollkraft des Urteils. Aber auch dann, wenn das entscheidende Verdikt des Verstandes gefällt ist, bleibt es möglich, daß sein Einfluß auf den Willen versagt. Alle die höheren Güter, die in den Motiven und in dem Urteil der Vernunft geborgen liegen, haben von ihrer Anziehungskraft eingebüßt, während die sinnliche Natur den ganzen Reiz ihres verführerischen Glanzes spielen läßt. Der Wille könnte ihrem Sirenengesang widerstehen — denn „der Mensch ist frei, und wär' er in Ketten geboren". — Aber das bessere Ich zeigt sich zu schwach, zu schwach durch eigene Schuld.

§ 3. Das krankhaft gesteigerte Wollen.

Griesinger spricht auch von einem krankhaft gesteigerten Wollen. Für den ersten Anblick möchte es scheinen, daß dieses unmöglich sei, da ja eine gesteigerte Willenstätigkeit in sich eine Erhöhung geistiger Schaffenskraft besagt und somit nicht nur keinen Rückschritt, sondern Fortschritt bedeute. Und doch behält Griesinger recht. Zwar wird nicht das volle, zielbewußte, freie Wollen, nicht die Tätigkeit des Willens als Vernunft-

prinzips, gesteigert, aber wohl das naturgemäße Wollen, die ersten spontanen Bewegungen des Willens, die Funktionen des Willens als Naturprinzip. Dies bedeutet aber für den Menschen keinen Fortschritt, sondern einen Rückschritt. Große Begehrlichkeit und Ansprüche, Unruhe und Tatenlust, die Sucht, Pläne zu machen und sie wieder aufzugeben, um neue zu schmieden, der Drang, jeden Gedanken, jeden Plan gleich zu realisieren, herrischer Eigensinn und gewalttätiges, heftiges Streben sind wohl eine Steigerung des Willens als Naturkraft, aber keine Veredelung und Kräftigung des besseren Ichs. Dieses letztere, der vernünftige Wille, ist dann nicht bloß der Kraft beraubt, die automatischen und spontanen Bewegungen zu unterdrücken; er wird im Strudel mit fortgerissen, ist selber zum Sklaven des Körpers, seiner Triebe und Leidenschaften geworden. Diesem bis zum Schrankenlosen gesteigerten Wollen begegnen wir in den maniakalischen Zuständen der Irren, verbunden mit den Gefühlen erhöhter physischer und psychischer Macht. Seine ersten Ansätze aber reichen ins Alltagsgetriebe der Leidenschaften und weit in die Marken der physiologischen Gesundheitsbreite hinein.

Es ist eine auffallende Tatsache, daß Irre vielfach ganz vernünftig reden, wenigstens keine Wahnideen erkennen lassen und dennoch die unsinnigsten Handlungen begehen, die sie sogar dann mit Witz und Scharfsinn zu entschuldigen wissen. Die Erklärung dieser sonderbaren Erscheinung ist folgende: Es besteht allerdings kein Delirium (keine Wahnideen), aber der Vorstellungsprozeß ist formal gestört. Er ist etwa so sehr beschleunigt, daß keine Reflexion über die zu einem konkreten Handeln drängende Vorstellung möglich ist. Dies ist der Fall beim Maniakalischen. Eine beliebige Vorstellung schlägt sofort, ohne daß der Verstand unter Zuhilfenahme kontrastierender Vorstellungen das Motiv geprüft und gebilligt hätte, in ein Handeln um, das dann notwendig den Charakter der Unbesonnenheit, der Übereilung an sich tragen muß.

„Der Kranke vermag ganz gut, hinterher die Handlung, die er selbst für eine verkehrte hält, zu beschönigen, indem er ihr ein räsonables Motiv unterlegt, um das er bei der krankhaften Steigerung seines Vorstellens nie verlegen sein wird. In andern Fällen ist die verkehrte Handlung die Folge einer Zwangsvorstellung, deren Übergang in ein Handeln der Kranke nicht mehr hemmen konnte, oder der Kranke befindet sich in einem affektartigen Zustand, vermöge dessen die Vorstellung überhaupt nicht zur vollen Klarheit gelangt oder wenigstens nicht der Reflexion unterworfen werden kann (psychische Reflexbewegung, impulsive Handlung). In einer Reihe von Fällen ungestörter Intelligenz bei verkehrtem Handeln ist jene übrigens nur scheinbar intakt. Es bestehen Wahnvorstellungen;

sie sind auch die Motive des Verkehrten Handelns, aber der Kranke besitzt das Vermögen sie zu verbergen, zu dissimulieren. ... Daß Irrsinnige mit List und Überlegung handeln können, ist dem Laien auffällig, erklärt sich aber einfach aus dem Umstand, daß der logische Mechanismus des Urteilens und Schließens dem Kranken so lange zu Gebot steht, als nicht eine allgemeine Auflösung der psychischen Funktionen (Verwirrtheit, Blödsinn), eingetreten ist" (Krafft-Ebing 91).

Wie der eigenen Willenlosigkeit die schrankenlose Unterordnung unter einen fremden Willen im „Befehlsautomatismus" parallel gehen kann, so kann sich mit dem krankhaft gesteigerten Wollen der sog. „Negativismus" verbinden. Er besteht darin, daß der Kranke allen Widerständen zum Trotz regungslos in einer Lage verharrt. Als wahrscheinliche Erklärung kann Autosuggestion (Eigenvorstellung) gelten. Denn geheilte Katatoniker geben vielfach an, sie hätten das Gefühl gehabt, sich keinesfalls mit einem Gliede rühren zu dürfen. Noch interessanter ist der „Bewegungsnegativismus". Hier bleiben die Kranken nicht beim passiven Widerstand, sie führen gerade das Gegenteil von dem aus, was ihnen befohlen ist.

„Wir wissen aber", sagt Hellpach (S. 340), „aus dem gesunden Leben hinlänglich, daß es Gefühlslagen gibt, in denen jedes Wort uns zur Opposition reizt, oft wider unser besseres Wissen; daß wir in Erregungszuständen wie in politischen Debatten uns in die Opposition hinein- und bis zu ehrlich niemals von uns gehegten Anschauungen verrennen können. Wahrscheinlich verhält es sich auch bei den Kranken so, daß zeitweise jedes zu ihnen gesprochene Wort eine gegensätzliche Suggestion erweckt. Das geht schließlich so weit, daß das harmloseste Verlangen mit Widerstand beantwortet wird. Die Kranken zerreißen das Hemd, weil sie es anziehen, stoßen das Essen um, weil sie es einnehmen sollen. Sie werden jedoch nie angreifend; es bedarf jedesmal einer ihr Widerstreben auslösenden Zumutung. Eine besonders interessante Form dieses aktiven Negativismus finden wir in der Erscheinung der Paralogie. Die Kranken geben (aus ihrem Negativismus heraus, ohne zerfahren, verwirrt oder denkschwach zu sein) Antworten, die gar nicht mit der gestellten Frage im Zusammenhange stehen. ... Praktisch sind diese Fälle von der größten Wichtigkeit, weil die ganz unsinnigen Antworten, die der völlig ruhige und besonnene Kranke gibt, anfangs leicht den Verdacht der Simulation, der Verstellung, des Komödienhaften machen."

Diese Worte Hellpachs weisen uns auf eine ganze Reihe von Einzelheiten hin, denen wir beim sog. Eigensinn und der Halsstarrigkeit gewisser Charaktere im Alltagsleben begegnen. Es sind die Anfänge, die ersten Keime zu jenen pathologischen Erscheinungen, die wir als krankhaft gesteigerten Willen kennen gelernt haben.

Zweiter Teil.

Gruppenstörungen.

Selten finden sich die Elementarstörungen wirklich gesondert und isoliert. Meist treten zugleich in verschiedenen Funktionen Störungen auf, indem entweder eine Elementarstörung andere nach sich zieht, oder indem ein und dieselbe anatomische Veränderung oder funktionelle Störung eines Organs zugleich zu mehreren Elementarstörungen Anlaß gibt. Die gelegentlichen Ausblicke, die wir auf die wichtigen Folgen veränderter Organempfindungen und abnormer sinnlicher Gefühle tun konnten, zeigten uns dies zur Genüge, ebenso was wir über die Störungen des höheren Erkennens und Begehrens im allgemeinen und über die Störungen des Selbstbewußtseins im besondern zu bemerken hatten.

Diese Gruppen von Störungen lassen sich nun in zwei Klassen scheiden, zwischen denen sich freilich eine strenge Grenzmarke nicht abstecken läßt. Die erste Klasse umfaßt jene Gruppenstörungen, welche man gewöhnlich wegen geringerer Intensität, mehr aber wegen ihrer kurzen Dauer noch nicht zu den eigentlichen Krankheiten rechnet. Die zweite Klasse umschließt dann jene Gruppenstörungen, welche durch ihre zeitliche Dauer sich von selbst als Geisteskrankheiten kennzeichnen. Demnach ergeben sich zwei Abschnitte zur Behandlung:

1. Vorübergehende Gruppenstörungen.
2. Dauernde Gruppenstörungen oder geistige Krankheiten.

Erster Abschnitt.

Vorübergehende Gruppenstörungen.

Unter sie rechnen wir die Störungen, welche eintreten infolge des künstlichen Schlafes in der Hypnose, durch Wirkung von Nervengiften im Alkohol-, Opium- und Haschischrausch und in der Narkose, durch Wirkung von Stoffwechselgiften in den Delirien, durch zum Teil funktionelle zum Teil organische Störungen in den Anfällen der Epilepsie und der Hysterie.

All diesen Störungen ist es gemeinsam, daß zum Teil das direkte, mehr aber noch das reflexe Bewußtsein gestört erscheint, so daß sich alle diese verschiedenen Gruppenstörungen als komplexe Bewußtseinsstörungen auffassen lassen und sich ganz eigentümliche Bilder vom Gesamtbewußtsein in jenen einzelnen Gruppen von Erscheinungen ergeben. Wir können hier die Worte Krafft-Ebings (S. 96) anwenden: „Jedem empirisch wahren Bilde psychischer Störung muß, als Inbegriff der dasselbe zusammensetzenden elementaren psychischen Störungen, eine besondere Art der Störung des Gesamtbewußtseins zukommen, je nach der besondern Art (der Veränderung), welche die psychischen Vorgänge durch Ausfälle, Hemmungen usw. erfahren haben."

Gerade unter dem Gesichtspunkte der Erkenntnis der eigenen Akte werden wir im folgenden die vorübergehenden Gruppenstörungen zu betrachten haben.

Es gibt ein Bewußtsein, das alle psychischen Akte des Empfindens, Fühlens, Denkens, Wollens, sobald sie in ihrer Art vollkommen sind, in irgend einem Grade begleitet und demgemäß von ihnen unzertrennlich ist. Gewisse Akte der inneren Wahrnehmung haben die Akte der äußeren Sinneswahrnehmung, gewisse intellektuelle Akte die Akte der gesamten Sinneswahrnehmung wie auch des ganzen sinnlichen Fühlens und Strebens sowie des geistigen Wollens zum Gegenstand. Dieses Wissen enthält eine Art unvollkommener Reflexion. Endlich erkennt der Verstand seine eigenen Akte und damit haben wir ein vollständig rückbezügliches (reflexives) Bewußtsein.

Ungemein wichtig für die Frage, ob Bewußtsein vorhanden war, in welchem Grade und in welcher Ausdehnung, ist natürlich die Rückerinnerung des Betreffenden selber. Denn die physischen Äußerungen sind oft derart, daß der objektive Beobachter keinen sichern Schluß auf Vorhandensein psychischer Akte mehr ziehen kann, aber ebensowenig deren Existenz sicher in Abrede stellen kann. Wir werden demgemäß im folgenden oft auf Fragen zurückgreifen müssen, welche bei Behandlung der Gedächtnisstörungen angedeutet wurden, aber erst hier zur näheren Besprechung kommen können. Besonders wird dies in Bezug auf Hypnotismus, Epilepsie und Hysterie geschehen müssen. Entscheidend freilich ist das Fehlen der Erinnerung nicht, weil wirklich Erlebtes, Gewußtes und Gewolltes, dem Gedächtnis entschwinden oder wenigstens der Reproduktion unzugänglich werden kann.

In dreifacher Weise kann das Bewußtsein gestört erscheinen:

a) Es ist für kurze oder längere Zeit geschwunden. Bei Wiederkehr der Besinnung ist keine Spur einer Erinnerung vorhanden, und der objektive

Beobachter selber erblickt keine Spur eigentlichen psychischen Lebens. Sowohl Sinneswahrnehmung, wie Vorstellungs- und Gefühlsleben scheinen wirklich nicht vorhanden zu sein.

b) Das Bewußtsein ist da, aber es ist schwach und unklar. Die Objekte haften nicht im Bewußtsein. Daher fehlt nachher leicht die Erinnerung an das in der Zwischenzeit Geschehene, während es dem objektiven Zuschauer ziemlich leicht gelingt, sich zu überzeugen, daß die psychische Tätigkeit voranschreitet. Man hat für diese Erscheinung den Ausdruck „Unterbewußtsein" eingeführt. Dieses Wort ist aber leicht irreführend.

c) Das Bewußtsein scheint verändert und auf einen bestimmten Kreis eingeschränkt; in diesem aber zeigt es sich lebhaft, deutlich und klar. Beim Wiederkehren der vollen Besinnung ist vielfach nur die Erinnerung vorhanden, daß eine Änderung vorgefallen.

Erstes Kapitel.

Das normale Bewußtsein.

Wir schicken der Behandlung anormaler Bewußtseinszustände einige Bemerkungen über das normale Bewußtsein voraus. Dasselbe zeigt gleich auf den ersten Blick eine Reihe von Schwankungen während des wachen Lebens und eine merkwürdige Umgestaltung während des Schlafes, die periodisch wiederkehrt. Diese Schwankungen und Veränderungen werfen außerordentlich viel Licht auf die Störungen, von denen wir später zu sprechen haben.

1. Die normalen Schwankungen des Bewußtseins[1]. „Im Verfolg unseres Bewußtseinsstromes haben wir uns alle Augenblicke einer gewaltigen Masse von Elementen gegenüber befunden, welche ihn fortwährend stören und ablenken. Schon Puls und Atmung rufen qualitativ und quantitativ in schnellster Aufeinanderfolge wechselnde Funktionen hervor, ebenso der Grad der Übung und der Ermüdung, die Macht des Interesses und die individuellen und augenblicklichen Besonderheiten der Aufmerksamkeit. Die elementare Gemütstiefe und die unendliche Reihe der Affekte, die Diät, die Intervalle der Nahrungs- und Getränkaufnahme, die wechselseitige Dauer von Schlafen und Wachen, atmosphärische Einflüsse, Gegenwart anderer Personen, das Lebensalter." So faßt Dr Jacopo Finzi[1], Professor in Florenz, kurz die Schwankungen im Bewußtsein zusammen, nachdem er dieselben bereits einzeln zur Darstellung gebracht.

Unter den genannten Faktoren spielt nun die Aufmerksamkeit die bedeutendste Rolle.

---

[1] Vgl. Heft 4 der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens: Dr Finzi, Die normalen Schwankungen der Seelentätigkeiten, 1900.

Die Aufmerksamkeit selber schwankt nun. „Dauernde Aufmerksamkeit gibt es nur bei einem steten Wechsel der Inhalte, in deren Hervortreten das Aufmerksamsein besteht. Ein bestimmter einzelner Bewußtseinsinhalt dagegen, der durch die Gunst der früher erwähnten Umstände zu lebhaftem Hervortreten in der Seele gebracht wird, vermag sich an seiner ersten Stelle nicht lange zu behaupten, man wendet sich alsbald wieder von ihm ab."[1]

„Wie schwer ist es, ein und denselben Gedanken längere Zeit festzuhalten! Man will sich ganz in ihn versenken, nichts anderes neben ihm aufkommen lassen. Aber nicht allzulange später, während die äußeren Anzeichen energischer Konzentration, eine bestimmte Kopf- und Augenhaltung ruhig fortbestehen, ertappt man sich plötzlich darüber, daß man an etwas ganz anderes denkt, und wird sich deutlich bewußt, daß der festzuhaltende Gedanke, statt inzwischen zu beharren, soeben gerade wieder auftaucht. Jede unter Anspannung der Aufmerksamkeit längere Zeit fortgesetzte gleichartige Tätigkeit, z. B. fortlaufendes Addieren, Auswendiglernen von Vokabeln, vollzieht sich in kleineren und größeren Oszillationen. Einer Periode, besonders starker Konzentration, die die Arbeit beträchtlich fördert, folgt plötzlich ein Abirren der Gedanken und eine Verlangsamung des Fortschritts, dann erneute Sammlung und rasches Vordringen und alsbald abermalige Erschlaffung und Stockung." Beim Erwachsenen mit umfassendem und reichverzweigtem Vorstellungsbesitz wirkt die Assoziation verwandter Vorstellung befördernd auf das Bewußtwerden anderer Teile oder anderer Seiten des Dinges, oder des Vorgangs, den er betrachten will. Deshalb macht sich das Schwanken der Aufmerksamkeit nicht so fühlbar. Anders ist es beim Kind. Da bietet das Eigenleben noch zu wenig, um eine Vorstellung, die eben schwinden will, assoziativ zurückzurufen.

„Daher die fortwährende Inanspruchnahme der Kinder durch die Eindrücke des Augenblicks und die erstaunliche Schnelligkeit, mit der die Kraft dieser Eindrücke sozusagen verpufft. Jedes Geräusch, jedes vorüberfliegende Insekt, ein Tintenklex auf des Nachbars Heft, eine neue Spielsache, die Aufforderung, ruhig zu sitzen und die Hände zu falten, nimmt sie sofort ganz und gar gefangen, aber alles nur auf kürzeste Zeit. Unmittelbar nachher ist der eben noch so lebhafte Eindruck durch einen andern wie hinweggewischt" (Ebbinghaus I 600).

Diese Ablenkbarkeit hat natürlich viele Grade. Die Unmöglichkeit, die Aufmerksamkeit festzuhalten, zeigt sich besonders in der Abspannung und Ermüdung, und zwar nicht etwa bloß nach längerer geistiger Be-

[1] Ebbinghaus, Grundzüge der Psychologie I 598.

schäftigung, sondern auch nach anstrengender körperlicher Arbeit, welche die Kräfte des Leibes stark in Anspruch genommen. Spazierenrennen fördert die geistige Arbeit nachher keineswegs.

2. Allen wohlbekannt sind die Bewußtseinsveränderungen im Schlafe. Eine gewisse Ermüdung der Nervenzentren ist die Vorbedingung des Schlafes — eine Ermüdung, nicht eine Übermüdung. Dann aber kann sowohl das Fernhalten gewohnter Sinneserregungen, als die Einwirkung gleichförmiger Sinnesreize den Schlaf herbeiführen. Das äußerlich am meisten hervortretende Symptom des Schlafes ist die Herabsetzung der Reizbarkeit für Sinnesreize. Bald nach dem Einschlafen erreicht der Schlaf seine größte Tiefe. In dieser verharrt er aber meistens nur kurze Zeit und geht dann in einen leisen Schlummer über, der mehrere Stunden dauern kann. Die Bewußtseinsstörungen sind verschieden sowohl bei verschiedenen Personen und Altersstufen, als auch in den verschiedenen Nächten bei ein und demselben Individuum. Ja die einzelnen Phasen des Schlafes zeigen ein besonderes Verhalten des Bewußtseins. In vielen Fällen scheint eine beinahe völlige Bewußtlosigkeit vorhanden zu sein, bedingt durch die allgemeine Hemmung der zentralen Funktionen. Dann aber treten gerade durch diese Hemmung hervorgerufene sekundäre Veränderungen ein, durchbrechen den Zustand der Bewußtlosigkeit und rufen ein verändertes Bewußtsein, das Traumbewußtsein hervor. Dieses trägt einen doppelten charakteristischen Zug, der es vom Wachbewußtsein trennt. Die Erinnerungsvorstellungen, die nun auftreten, haben einen halluzinatorischen Charakter; die äußeren Eindrücke werden zu Illusionen verarbeitet. Die Mehrzahl der Traumgestalten sind ein phantastisches Gemenge von Erinnerungselementen und augenblicklichen Sinneseindrücken, also mehr Illusionen als Halluzinationen. Sodann ist die Auffassung eine ganz veränderte. Der Schlafende scheint meistens seine Situation nicht zu kennen; damit ist auch die Beurteilung der Bewußtseinserlebnisse wesentlich verändert. Das Zeitbewußtsein ist ganz bedeutend alteriert; ebenso die Orientierung im Raume. Der halluzinatorische Charakter der Traumvorstellungen ist wohl auf Rechnung der Erregung zentraler Sinnesflächen zu schreiben. „Diese Traumvorstellungen können nun weiterhin auch eine Miterregung der motorischen Zentralteile hervorbringen. Am häufigsten kombinieren sich mit ihnen Sprachbewegungen, seltener pantomimische. Nur in Zuständen, die sich bereits den pathologischen nähern, führt der Traum zusammengesetzte Handlungen mit sich. In diesem Fall entwickelt sich dann aus dem Träumen das Nachtwandeln" (Wundt III^5 657).

Finzi macht auf die großen Unterschiede aufmerksam, welche das Bewußtsein bei ein und demselben Schläfer zeigt. Jetzt werden äußere Eindrücke klar und deutlich vernommen, jetzt nur undeutlich und unbestimmt, so daß sie mit andern Vorstellungen verschmelzen. Bald haben wir Träume, bald können wir uns keiner entsinnen. Zuweilen fühlen wir, daß wir träumen, und träumen halb willig weiter; öfters aber verwechseln wir Traum und Wirklichkeit. Bedeutungsloses vermag uns in Angst und Schrecken zu versetzen und dem schaurigsten Schauspiel wohnen wir im Traume ohne Beben, ja ohne Staunen bei. Bald erwachen wir aus dem Schlaf im Vollbesitz klarer Anschauung und freien Willens, bald vergeht längere Zeit, ehe wir uns zurecht finden.

Dieser Mangel an willkürlicher Aufmerksamkeit verbunden mit Illusionen und Halluzinationen und der Unmöglichkeit, den Gang der Vorstellungen zu lenken, läßt natürlich jene Besonnenheit und Überlegung nicht aufkommen, welche zu einem eigentlich freien Wollen nötig sind. Wo aber auch immer im Traum freies Wollen vorgetäuscht wird, fehlt doch allzeit die nötige Orientierung über die eigene Lage, ohne welche eine moralische Zurechnungsfähigkeit nicht vorliegt.

Zweites Kapitel.

Seelische Störungen in der Hypnose.

„Unter dem Namen der ‚Hypnose' fassen wir eine Reihe von Zuständen zusammen, die dem Schlafe verwandt sind, von ihm aber im allgemeinen sich dadurch unterscheiden, daß nur ein Teil der während des Schlafes ruhenden Funktionen gehemmt erscheint. Schon das Schlafwandeln zeigt daher einen den hypnotischen Zuständen ähnlichen Charakter, nicht bloß wegen der erhalten gebliebenen Körperbewegungen, sondern auch wegen der größeren Erregbarkeit der Sinne für äußere Eindrücke, durch welche die eintretenden Vorstellungen den normalen Sinneswahrnehmungen mehr gleichen als im gewöhnlichen Schlafe" (Wundt III^5 663 ff).

So schließt sich die Darstellung der seelischen Erscheinungen der Hypnose unmittelbar an diejenigen des gesunden Schlafes an. Wir werden zunächst einen kurzen Überblick über diese Erscheinungen geben und daran die Erörterung über das Verhalten des Gedächtnisses knüpfen.

§ 1. Übersicht der seelischen Erscheinungen der Hypnose.

Der Eintritt der Hypnose wird durch gleichförmige oder gleichförmig wiederholte Sinnesreize begünstigt, z. B. durch Bewegungen der Hände über das Gesicht der Versuchsperson (passes), längeres Anstarren eines

glänzenden Gegenstandes, das Horchen auf das Ticktack einer Uhr. Bei schon öfters hypnotisierten Personen sind diese Vorkehrungen nicht mehr notwendig. Bei empfänglichen Individuen, deren Reizbarkeit durch häufige hypnotische Versuche gesteigert ist, reicht schon der bloße Befehl des Hypnotiseurs hin, den Schlaf herbeizuführen. Gewöhnlich sucht der Hypnotiseur, bevor er den Befehl erteilt: „Schlafen Sie", Patienten die Vorstellung des beginnenden Schlafes beizubringen. Über die Einteilung der verschiedenen Stadien der Hypnose sind die Ärzte nicht einig. Indes lassen sich im allgemeinen drei, allerdings nicht scharf geschiedene Stadien erkennen: der leichte Schlaf, der tiefe hypnotische Schlaf, endlich der schlafwache Zustand (Luzidität oder Somnambulie). Das Bewußtsein in diesen Stadien scheint ein ganz verschiedenes zu sein.

„Die erste dieser Stufen unterscheidet sich wenig von einem gewöhnlichen leichten Schlaf oder Halbschlaf: die Augen schließen sich, Atmung und Herzschlag werden schwächer, der Körper bleibt meist unbeweglich in der vor dem Schlaf eingenommenen Lage. Völlig verschieden davon ist das Bild der zweiten Stufe. Sie ist sehr häufig durch den Eintritt eines kataleptischen Starrezustandes ausgezeichnet; die Glieder setzen passiven Bewegungen keinerlei Widerstand entgegen, sie nehmen jede, auch die gezwungenste Lage an, in die man sie bringt, und verharren in derselben, solange der Zustand oder der erteilte Befehl dauert, unverändert.... Bei fortgesetzter Einwirkung, bei sehr reizbaren und oft hypnotisierten Personen, zuweilen aber auch unmittelbar nach einem kurzen, lethargischen Vorstadium erfolgt der Übergang zur dritten Stufe, der Somnambulie. Sie herbeizuführen, gelingt nur bei solchen, die hierzu besonders günstig disponiert sind; namentlich die extremeren Erscheinungen sind nur an hysterischen oder durch häufige Hypnotisierung sehr reizbar gewordenen Personen beobachtet. Dieses Stadium ist dadurch ausgezeichnet, daß in ihm die Sinne wieder funktionieren und die Bewegungsorgane willkürliche Bewegungen ausführen können. Doch geschieht beides in einer einseitig beschränkten, von den Bedingungen des wachen Zustandes verschiedenen Weise. Diese Beschränkung verrät sich hauptsächlich in der Einengung der Apperzeptionsfähigkeit (Auffassungsfähigkeit) auf ganz bestimmte äußere Einwirkungen, während für sonstige Sinnesreize völlige Unempfindlichkeit bestehen kann. Unter den erregungsfähigen Sinnesreizen stehen aber die Einwirkungen des Hypnotiseurs oben an [Rapport]. Während der Hypnotisierte die an ihn gerichteten Worte und Zurufe anderer Personen in der Regel völlig unbeachtet läßt, gegen Nadelstiche und andere schmerzerregende Reize nicht selten völlige Analgesie zeigt, kommt er den Winken und Befehlen jener *einen* Person pünktlich nach und bildet sich nach ihren Eingebungen phantastische Vorstellungen, welche die Lebhaftigkeit unmittelbarer Sinneswahrnehmungen erreichen können. So entwickeln sich die Erscheinungen der von Heidenhain so genannten Befehlsautomatie und der suggerierten Halluzinationen" (Wundt III[5] 664 f).

Die Vorstellung, daß der Hypnotiseur etwas wünsche, scheint auf den Hypnotisierten eine sozusagen zwingende Gewalt auszuüben. Der Hypnotisierte fühlt den Impuls, so zu handeln. Dies zeigt sich zunächst als Nachahmung. Der Hypnotische ahmt in gewissen Stadien genau die Bewegungen nach, die man ihm vormacht, oder wiederholt genau dieselben Worte, welche der Hypnotiseur ihm vorgesprochen, auch wenn sie eine Frage enthielten (Echolalie). Gegebene Befehle werden fast widerstandslos ausgeführt, und zwar nicht nur unmittelbar in der Zeit der Hypnose selbst, sondern auch längere Zeit nach Ablauf des hypnotischen Zustandes, in welchem der betreffende Befehl erteilt wurde (posthypnotische Suggestion: Suggestion auf weite Sicht). Ob Widerstand entgegengesetzt wird oder nicht, wie lange er daure, und ob er obsiege, das scheint abzuhängen von der Art und Weise, wie sich der ganze sittliche Charakter der eingegebenen Vorstellung gegenübersteht und von der persönlichen Willensschwäche oder -Stärke des Hypnotischen[1]. Ähnliches zeigt sich ja im Traume. Wem der Kampf gegen Versuchungen zur zweiten Natur geworden, der wird auch im Schlafe gegen böse Gedanken sich wehren.

Der Hypnotiseur vermag im Hypnotisierten Vorstellungen wachzurufen, welche den Charakter von Halluzinationen oder Illusionen tragen. Allein nur dann darf auf wirkliche Illusion oder Halluzination geschlossen werden, wenn die physiologischen Begleiterscheinungen auch wirklich den Affekt verraten, der naturgemäß aus der Vorstellung entstehen muß. Wo bei einer schreckhaften Suggestion Miene, Puls und Atmung keinerlei Aufregung und Furcht verraten, spielt der Hypnotisierte wohl eine auferlegte Rolle, aber er hat keine eigentliche Halluzination[2]. „Das Stattfinden von Illusionen und Halluzinationen infolge der eingegebenen Vorstellungen spiegelt sich", sagt Wundt (S. 665), „in ausführlichen Handlungen und in dem mimischen Gesichtsausdruck. . . . Objektive Eindrücke können in fast beliebig veränderter Weise apperzipiert werden. Der Hypnotische ißt z. B. auf Befehl eine rohe Zwiebel, die man ihm für einen Apfel ausgibt, oder er trinkt Tinte statt Wein, ohne in seinen Mienen eine widrige Geschmacksempfindung zu verraten. Er sieht auf einem weißen Blatt Papier ein farbiges Kreuz, das man ihm beschreibt, ohne daß es vorhanden ist, ja die eingegebene Empfindung kann das ihr entsprechende Nachbild in der Kontrastfarbe zurücklassen."

Diesen positiven Halluzinationen sind noch die sog. negativen Halluzinationen beizufügen. Sie bestehen darin, daß die Vorstellung vom Nicht-

[1] Bernheim, Neue Studien 94. [2] Ebd. 95.

vorhandensein einer Person oder eines Gegenstandes beigebracht wird. Der Hypnotische handelt dann wirklich so, als ob die betreffende Person abwesend wäre, und kümmert sich nicht um sie. Für einzelne Fälle ist auf dem Wege des sog. automatischen Schreibens der Beweis erbracht, daß die Sinneseindrücke, welche von der wegsuggerierten Person herrührten, empfunden wurden. Daß sich dies auch von jenen Fällen sagen lasse, wo der Hypnotisierte auf Nadelstiche ꝛc., die ihm von dem Wegsuggerierten beigebracht werden, nicht reagiert, wagen wir nicht zu behaupten. Auch Halluzinationen sollen (nach Bernheim, Neue Studien 83) „auf lange Sicht" suggeriert werden können. Dadurch endlich, daß der Hypnotiseur die Vorstellung auf die Vergangenheit lenkt, kann er durch seinen Einfluß Gedächtnisfälschungen erzielen.

Fassen wir die genannten seelischen Erscheinungen der Hypnose kurz zusammen, so dürfte sich im wesentlichen folgendes Bild der Bewußtseinslage ergeben:

Die Aufmerksamkeit ist auf bestimmte Sinneseindrücke und Vorstellungen eingeschränkt. Infolgedessen ist die Empfänglichkeit für diese Reize erhöht, für andere vermindert; so wird die Erkenntnis der eigenen Akte, der eigenen Beziehung zu Ort und Raum gleichfalls eingeschränkt, das Selbstbewußtsein geschädigt, Kritik von seiten des Verstandes gehindert, Halluzinationen und Illusionen können überhand nehmen. Die spontane Willenstätigkeit wird in eine bestimmte, vom Hypnotiseur abhängige Richtung geleitet, die freie Willensbestimmung so gehemmt, daß volle moralische Verantwortung während der Hypnose unmöglich wird. Der ausschlaggebende Faktor auf seelischem Gebiete scheint demgemäß die Einengung des Bewußtseins durch Suggestion zu sein.

§ 2. Das Gedächtnis in der Hypnose und nach der Hypnose.

Die merkwürdigen Störungen des Gedächtnisses bei der Hypnose verdienen eine besondere Berücksichtigung. Vor allem gilt dies von der Bildung eigentümlicher, abgegrenzter Gruppen von Gedächtnisinhalten und der wechselseitigen Assoziation gleichgearteter Gruppen. Wir folgen in der Darstellung unseres Gegenstandes einem interessanten Aufsatze des verstorbenen englischen Experimentalpsychologen Edmund Gurney: Stages of hypnotic memory. Er schreibt in den Proceedings of the Society for psychical research IV 515 ff:

„Es war schon längst als ein charakteristischer Zug des hypnotischen Schlafzustandes bekannt, daß das ‚Subjekt' beim Erwachen nicht mehr weiß, was es

gesagt oder getan, und nichts mehr von all dem, was in seiner Gegenwart während der Zeit passiert ist, in welcher sein Schlafzustand dauerte; daß aber, sobald er von neuem hypnotisiert wird, diese entschwundenen Erinnerungen seinem Geiste wiederkehren. Allein der Schlafzustand war in seiner Beziehung zum Gedächtnis immer als ein Einzelzustand aufgefaßt worden oder doppelt höchstens in dem Sinn, als in seinen tieferen Stadien das Bewußtsein so völlig zu schwinden schien, daß kein Eindruck auf den Geist des ‚Subjekts' gemacht und folglich auch kein Material für das Gedächtnis dort aufgestapelt werden konnte. Indessen zeigt das Experiment die Existenz von positiv sich unterscheidenden Stadien innerhalb des bewußten Anteils des hypnotischen Schlafes[1]. Nachdem das Subjekt in ein leichtes Stadium von Trance, welches wir den A-Zustand nennen können, gebracht ist, wird dem ‚Subjekt' etwas gesagt mit der Anleitung, sich dessen zu erinnern (dasselbe einzuprägen), dann wird das ‚Subjekt' in ein tieferes Schlafstadium versetzt — B-Zustand, und man fragt es, was eben gesagt worden; es ist ihm ganz unmöglich, sich dasselbe ins Gedächtnis zurückzurufen, ja selbst nur die Tatsache zu vergegenwärtigen, daß ihm überhaupt etwas gesagt worden ist. Dann sagt man ihm etwas Neues mit der Anleitung, sich daran zu erinnern, und ruft den Hypnotisierten alsdann in den A-Zustand zurück. Wird er jetzt gefragt, was man ihm gesagt habe, tut er keinerlei Erwähnung und kann sich gar nicht entsinnen, was er einige Minuten zuvor im B-Zustande gehört, sondern wiederholt statt dessen, was ihm in dem früheren Zustande A gesagt worden war, in welchem er auch jetzt sich wieder befindet. Nochmals in den B-Zustand versetzt, erinnert er sich gleichfalls dessen, was ihm in diesem Zustande gesagt worden war, während er wieder vollständig die Eindrücke im A-Zustand vergessen hat. Beim Erwachen behält er keine Erinnerung an irgend etwas, das ihm gesagt worden ist[2], obgleich er für den Fall, daß ihm im Trancezustande befohlen worden ist, beim Erwachen des einen oder andern Details sich zu erinnern und dessen Erwähnung zu tun, dies wirklich ausführen wird.

Ein Beispiel mag uns die Sache klarer veranschaulichen. Einem jungen Mann, namens S—t, wurde, nachdem er hypnotisiert worden war, im A-Zustande gesagt, daß der Landungsbrückenkopf (pier-head) weggeschwemmt worden sei, und im B-Zustande, daß ein Maschinenofen an der Brightonstation geplatzt sei und mehrere Personen getötet habe. Dann ward er von neuem in den A-Zustand versetzt, wo es sich zeigte, daß er sich an das Unglück mit dem Brückenkopf erinnerte; danach brachten ihn ein paar Striche wieder in den B-Zustand. Jetzt fand folgende Konversation zwischen dem Hypnotiseur Smith (S.) und dem Hypnotisierten (S—t) statt.

---

[1] Ähnliche Beobachtungen machte Pierre Janet an Léonie und Lucie. Vgl. Pierre Janet 87 ff.

[2] Hier macht Gurney die Bemerkung, daß sich dies nahezu immer, aber doch nicht ganz sicher immer so verhält. Bei einer hypnotischen Versuchsperson begegnete es ihm zweimal, daß sie sich beim Erwachen an etwas erinnerte, was ihr im A-Zustande gesagt worden war. Gurney glaubt, dies komme daher, daß der Schlaf damals in seinen leisesten Stadien gewesen sei.

S.: „Aber ich setze voraus, sie werden bald wieder im stande sein, einen neuen zu bauen."

Wäre der Brückenkopf nun in S—ts Geist gegenwärtig gewesen, so wäre diese Bemerkung natürlich als auf diesen bezüglich aufgefaßt worden, da er ja einige Sekunden vorher den Gegenstand der Unterhaltung gebildet hatte. Aber er antwortete auf einmal: „O es gibt deren eine Menge auf dieser Linie", und meinte eine Menge Maschinen.

S.: „Ja, aber das Eintreiben (pile driving) der Pfosten braucht doch Zeit."

S—t: „Eintreiben von Pfosten?"

Ein paar Striche nach oben, und es wurde auf einmal klar, daß die Erinnerung geändert hatte.

S.: „Wenn sie auch noch eine Menge haben, so hat dies nicht viel zu bedeuten."

S—t: „O, sie können ihn nicht an einem Tag aufrichten; es war ein prächtiger Platz."

S.: „Nun, ich rede von der Maschine."

S—t: „Maschine? Was, auf der Landungsbrücke? Ich habe dort nie eine beobachtet."

Noch eine ganze Reihe von ähnlichen Versuchen führt Gurney an, der dieselben leitete. Seine Bemerkungen zeigen, daß er sich alle Mühe gab, jegliches zu vermeiden, was die Resultate von vornherein irgendwie hätte beeinflussen können.

Hiermit stehen wir vor dem Problem des wechselnden Gedächtnisses. Es erhebt sich die Frage: Ist das Gedächtnis des einen Stadiums nach dem Übergang in das andere oder das Gedächtnis an das in der Hypnose Erlebte beim Erwachen gänzlich geschwunden, oder haben sich einzelne Bruchstücke wenigstens von dem einen Stadium in das andere bzw. von der Hypnose in den wachen Zustand hinübergerettet?

Wir haben oben aus dem Munde Gurneys die Bemerkung gehört, daß in vereinzelten Fällen sich Erinnerungen aus der Hypnose in das wache Leben hinein fortsetzen[1]. Ebenso vernehmen wir von ihm (S. 104), daß Detailerinnerungen sich erhalten, wenn dem Hypnotisierten während seines Schlafzustandes selbst befohlen wird, nachher die Sache zu erzählen. Lichtvoll und gründlich hat Pierre Janet (S. 73—140) in seinem Kapitel L'oubli et les diverses existences die Frage behandelt. Wir werden nur einige Sätze aus ihm zitieren:

„Da Delboeuf bemerkt hatte, daß unter gewissen Umständen das Andenken an die während des Somnambulismus (d. h. hypnotischen Schlafes) suggerierten

[1] Noch bestimmter lautet seine Aussage in Bezug auf erstmalige Hypnosen (Proceedings II 67).

Träume nach dem Erwachen anhielt, wurde er dazu geführt, zu schließen: ‚Der hypnotische Traum ist von der gleichen Natur wie der gewöhnliche und denselben Gesetzen unterworfen, und die hypnotischen Träume lassen sich unter den gleichen Umständen ins Gedächtnis zurückrufen wie die gewöhnlichen Träume.‘ Daß in manchen Fällen, besonders wenn es sich um einen wenig tiefen (künstlichen) Somnambulismus handelt, man unter vielen Gesichtspunkten den hypnotischen Schlaf mit dem normalen Schlafe vergleichen dürfe, ist ganz unbestreitbar, aber daß die Identität eine absolute sei, und daß die Modifikationen des Gedächtnisses nicht viel beträchtlicher seien im Fall des hypnotischen Schlafes, das gestatten die Fakta nicht anzunehmen. Wir finden auch hier wieder die graduellen Unterschiede, die in der Psychologie so wichtig sind. Wenn man die Versuchsperson mitten in der Ausführung eines suggerierten Aktes plötzlich aufweckt, behält sie das Gedächtnis von demselben wie von einem Traume. Während des hypnotischen Schlafes machte ich Lucie glauben, ihr Kleid brenne, und sie preßt den Stoff, um die Flamme zu ersticken. In diesem Augenblick plötzlich aufgeweckt, murmelte sie: ‚Schau, da war ich doch närrisch genug, zu glauben, mein Kleid brenne.‘ Diese Erinnerung besteht gleichfalls fort, wenn es sich nicht um eine Handlung, eine Bewegung handelt, sondern um eine bloße Halluzination. Ich sage zu Lucie, daß im Zimmer ein grünes bengalisches Feuer ist, und sie bewundert dasselbe. Dann wähle ich einen Augenblick, wo sie ganz unbeweglich in Betrachtung versunken ist, um sie plötzlich aufzuwecken. Dazu genügte es, in meine Hände zu klatschen; denn das war das verabredete Zeichen. Bei ihrem Erwachen sucht sie mit Staunen überall herum: ‚Warum haben Sie das grüne bengalische Feuer ausgelöscht? ... Ah, es war ein Traum.‘ Die gleichen Versuche gelingen ungefähr auf die gleiche Weise mit Marie. Wird diese plötzlich aufgeweckt, so bewahrt sie nicht allein die Erinnerung, sondern selbst die schwache, aber dauernde Halluzination der somnambulischen Träume. ‚Ei, Sie haben ja ein bengalisches Feuer angezündet ... bloß ist's schade, daß es allmählich ausgeht.‘“

Am Schlusse macht Janet eine doppelte Bemerkung: das Verbleiben des Gedächtnisses findet bloß beim leichten hypnotischen Schlafe statt; und selbst in diesem Fall ist die Erinnerung, welche sich beim raschen Erwecken zeigt, nur von kurzer Dauer. Sie ist faßbar, wenn man die Versuchsperson im Moment des Erwachens fragt: aber allmählich schwindet sie und läßt bald keine Spur mehr zurück (S. 81—83). S. 93 und 94 fragt Janet nach der Ursache des plötzlichen Verschwindens des Gedächtnisses und dessen ebenso rätselhaftem Wiederauftauchen. Er findet sie darin, daß die Sensibilität sich geändert. Zur Zeit, wo Rosa gewisse Ereignisse erlebte, hatte sie das Gefühl auf der rechten Seite. Dann folgten Zeiten totaler Anästhesie und damit des Vergessens jener Ereignisse. Als in einem speziellen Zustand des hypnotischen Schlafes das Gefühl auf der rechten Seite wiederkam, erwachte auch die Erinnerung an die ent-

schwundenen Ereignisse wieder. Wir wollen und dürfen die Bedeutung der Körpergefühle für das Gedächtnis nicht so weit überschätzen, daß wir sie als den einzigen oder ausschlaggebenden Faktor hinstellen. Daß dieselben im angeführten Falle mitgewirkt, wollen wir gerne zugeben. Sicher aber dürfen wir hierin eine Bestätigung der oben angeführten Vermutung sehen, daß das Auftauchen oder Verschwinden einer Erinnerung viel abhänge von dem augenblicklichen körperlichen und psychischen Zustand in seinem Wechselverhältnis zu dem Zustand, in welchem die Begebnisse stattfanden, um deren Erinnerung es sich handelt [1].

Auch Gurney bietet eine Reihe von Bemerkungen [2], welche sehr der Beachtung wert sind.

Der beständige Wechsel führte in einzelnen Fällen dazu, die älteren Eindrücke vergessen zu lassen, aber nicht dieselben durcheinanderzuwerfen. Eindrücke, welche im A-Zustande gemacht worden waren, kamen im B-Zustande nicht wieder zum Vorschein, ebensowenig umgekehrt. Aber Eindrücke, die an einem vorhergehenden Tage in einem Zustande gemacht worden waren, kehrten mit dem Wiedererscheinen dieses Zustandes nicht mehr zurück, wenn ein neuerer Eindruck, der mit jenem Zustand verbunden war, einen zu starken Halt im Geiste gefunden hatte.

„Eine zweite Beobachtung war, daß das, was ich ‚die Messerkante' genannt habe, d. h. die Mittellinie, auf welcher die Vorstellungen beider Zustände hie und da für einen Augenblick gleichzeitig zugegen waren, offenbar weiter ausgedehnt werden kann; der scharfe Winkel wird eine hübsche Kurve, und diejenigen Stadien an beiden Enden, von denen das eine ganz außer Sicht des andern bleibt, schrumpfen immer mehr zusammen. ... Man hat auch in der Hypnose ein gutes oder schlechtes Gedächtnis. ... Nach einem Intervall von weniger als drei Wochen erwiesen sich all die Vorstellungen, die man S—t beigebracht hatte, mit einer zweifelhaften Ausnahme, als vergessen und der Wiederbelebung unfähig. In vollständiger Harmonie damit war es auch dieser Versuchsperson unmöglich, einen ‚Befehl auf lange Sicht' auszuführen. Ein am 3. März für den 28. gegebener Befehl war schon am 23. März total aus dem Gedächtnis verschwunden.

„Aber selbst da, wo die Erinnerungen klar und deutlich bleiben, mag doch die Scheidung der Zustände eine bloß zeitweise sein. ... Nach einer Woche schon

[1] P. Janet gibt S. 92 f eine kurze Angabe der verschiedenen Faktoren, welche Stewart, Lemoine, Despine, Maury, Bertrand, Ribot zur Erklärung dieses Verschwindens und Wiederauftauchens der Erinnerung vorgebracht. Es sind Mangel an aktuellem Bewußtsein, Mangel an Aufmerksamkeit, Bruch der Assoziationskette, Wechsel in der Sensibilität und Mobilität, besonders in den Körperempfindungen. Wir glauben, daß von allen diesen Faktoren die einen bald hier, die andern bald dort wirken, daß aber ihre Reihe noch nicht erschöpft ist.

[2] Proceedings IV 528—530.

trat im A-Zustande auch eine Idee auf, die dem B-Zustande angehörte, und umgekehrt. Nach einer längeren Periode von 19 Tagen, während welcher größtenteils keine Experimente angestellt wurden, fand ich, daß die alten Vorstellungen beider Zustände in gleicher Weise ohne Unterschied sowohl im A-Zustande als im B-Zustande ins Gedächtnis zurückgerufen werden konnten, obgleich sich diese beiden Zustände in Bezug auf neu beigebrachte Ideen in ihren Gedächtnissen gerade so verschieden und exklusiv bewiesen als je."

Drittes Kapitel.

Störungen bei Vergiftung des Zentralnervensystems.

Das Zentralnervensystem kann vergiftet werden durch von außen beigebrachte „toxische" Substanzen oder aber durch Stoffwechselgifte. Dann ergeben sich oft ganz abgegrenzte Gruppen seelischer Störungen.

Aus den vielen und wechselvollen Bildern heben wir bloß diejenigen hervor, welche in unsern Gegenden eine Bedeutung besitzen: den Alkoholrausch und die Narkose.

§ 1. Die akute Alkoholvergiftung.

Wir halten uns bei der folgenden Schilderung im wesentlichen an die Darstellung Richets in der Revue des deux mondes 15. Februar 1877, dessen Gedanken wir kurz skizzieren: „Die erste Wirkung der Vergiftung durch den Alkohol ist ein inneres Gefühl von Behaglichkeit und angenehmer Beseligung. Es scheint, als ob in demselben Augenblick die Ideen sich klären, die Schwierigkeiten und Hindernisse schwinden; man sieht nach einem Alltagsausdruck das Leben rosig an; man fühlt sich zufrieden und lebensfroh. Fährt man zu trinken fort, so mehrt sich die Erregung der Vorstellungen." Eine Idee schlägt die andere, ein Plan drängt den andern, man fühlt sich doppelt stark, alles zu unternehmen. Die Vorstellungen lassen sich nicht mehr halten. Der Weinselige wird auch redselig, ohne gerade immer alles zu verraten, was er im Herzen trägt. Der Wille hat wenigstens noch eine Zeitlang die Möglichkeit, dem ungeordneten Verlaufe der Ideen Einhalt zu gebieten und der Redseligkeit einen Zaum anzulegen. Während aber im allgemeinen die Phantasie als folle du logis ihr tolles Spiel treibt und ein Jagen der Vorstellungen anstellt, zeigt sich oft inmitten dieser Flut von Ideen, ganz wie auf einen Schlag eine Vorstellung, von deren Erscheinen der gewöhnliche Ablauf der Gedanken keine Rechenschaft zu geben vermag. Sie hat mit den vorausgehenden nichts gemein und drängt sich selbst mit verzweifelter Hartnäckigkeit auf. Sowohl dieser Wechsel der Vorstellungen, wie das Beharren einer Vorstellung stehen

auf demselben körperlichen Untergrund: der Reizbarkeit des Gehirns, und haben dieselbe seelische Grundlage: den Mangel an Aufmerksamkeit, an Urteil und an Willensenergie.

„Noch sind die Gesetze des Anstandes bewußt, werden Form und Sitte gewürdigt, eine gewisse Selbstbeherrschung geübt. Mit fortschreitender Alkoholwirkung erlöschen nun aber ... eine Reihe ästhetischer Vorstellungen und moralischer Urteile, die hemmend und kontrollierend sonst dem gesunden Ich zu Gebote stehen. In diesem Zustand läßt sich der Betrunkene völlig gehen, setzt sich über Sitte und Anstand hinweg, wird zynisch brutal, rechthaberisch und gewalttätig und hat auch die Beurteilungsfähigkeit seines Zustandes verloren, ... er nimmt es übel, wenn man ihm die richtige Diagnose stellt. Endlich kommt es zu einem psychischen Schwächezustand, zur schweren Trübung des Bewußtseins. Es treten Sinnestäuschungen (Illusionen) auf, es stellt sich Verworrenheit ein und ein Zustand tiefen, blödsinnigen Stupors mit lallender Sprache, taumelndem Gang, unsichern Bewegungen ... beschließt die widerliche Szene" (Krafft-Ebing 30 f).

Ja, aber nur dann, wenn der Mensch aufhört mit Trinken; fährt er fort, dann schwindet zuletzt jede Spur seelischer Tätigkeit, vollständige Empfindungslosigkeit greift Platz, der Betrunkene fällt zur Erde in einem todesähnlichen Schlafe (coma), und öfters soll der wirkliche Tod sich an diesen Schlafzustand angeschlossen haben.

Das Bild, das hier von einem Physiologen und einem Irrenarzte uns vom Verlaufe des Rausches entworfen wurde, bietet zugleich ein merkwürdiges Abbild von dem Verlauf der eigentlichen Trunksucht als ständiger Krankheit: vom ersten chronischen Sichhinwegsetzen über Anstand und Sitte bis zur vollendeten körperlichen und geistigen Verkommenheit, die mit dem Todesschlaf endigt (Krafft-Ebing 527).

Auf dem Boden der „Trunksucht" finden sich dann als vorübergehende Bilder das sog. „Trunkenelend" (delirium tremens); die trunkenfällige Sinnestäuschung mit ihrer traumartigen Trübung des Bewußtseins und Präkordialangst, die oft zu schweren Gewalttaten führen.

Ähnlich wie die Wirkungen des Alkohols sind diejenigen des Haschisch und des Opium[1].

§ 2. Chloroform- und Äthernarkose.

Die Art und Weise wie das Bewußtsein in der Narkose schwindet, finden wir trefflich geschildert von Philippe in der Revue philosoph. 1899. Wir geben

[1] Vgl. Richet, Les poisons de l'intelligence: Revue des deux mondes 1 Mars 1877.

die lebendige Schilderung wieder nach einem Referate Gießlers (Erfurt)[1]. „Die Einatmung ruft einen angenehmen Geruch und aromatischen Geschmack hervor. Beim Fortschreiten der Anästhesie hat man z. B. die Illusion, als ob man langsam auf einer schiefen Ebene herabgleite bis zu dem Moment, wo man die Erde berührt und das Bewußtsein verliert. Eine angenehme Wärme bemächtigt sich unser. Der Kopf wird schwer, man wird schläfrig, gleich als wenn alkoholische Dämpfe zum Gehirn und den Gliedern steigen. Das Einschlafen fängt bei den Zehen an und schreitet allmählich zum Rumpfe vorwärts. Man hat dabei das Gefühl der Vibration. Die Schmerzempfindungen werden nicht mehr möglich. Man hört auf, die Form der Objekte zu unterscheiden, sodann ihr Gewicht, endlich ihre Temperatur. Es folgt die Unempfindlichkeit für Stiche. Weiterhin beginnen nun die Vibrationen innerhalb des Gehörgangs: man hört Glockengeläute, Lokomotivenpfeifen, Kaskadenspringen. Bald werden diese Vibrationen leiser, das Gehör schläft ein. Ein leichter Schleier scheint sich auszubreiten zwischen der Außenwelt und dem Ich. Auch die andern Sinnestätigkeiten: Geschmack, Empfindlichkeit für Kitzel, Geruch, verschwinden. Die bisherige Arbeit der Anästhesie bestand darin, das Individuum von der Außenwelt zu isolieren. Jetzt bringt die Anästhesie in das eigentlich Psychische vor und bewirkt eine Art von Separation d'avec lui-même. Durch das Anwachsen der akustischen Erregungen verschwindet die Aufmerksamkeit. Die Worte entschwinden, desgleichen die Gedanken, wenn sie nicht rasch ausgesprochen werden. Interessant ist der Moment des Entschwindens des Bewußtseins. Manche haben das Gefühl der abnehmenden Aufmerksamkeit, der Unmöglichkeit, zu fixieren. Andere haben das Gefühl einer ‚absoluten physiologischen Unmöglichkeit', wie wenn alle Glieder fortgenommen wären, und alle physischen und moralischen Akte auf diese Weise unmöglich geworden wären.

„Einige Forscher behaupten, daß während der Anästhesie weder Empfindungen noch Eindrücke möglich sind. Beobachtet man jedoch die betreffende Person, so bemerkt man, daß sie auf bestimmte Eindrücke reagiert. Die Anästhesie hat nämlich verschiedene Grade und ist verschieden lokalisiert. Es gibt allgemeine Anästhesien, wo die Assoziationen wie im Wachen funktionieren, bei andern erscheint das Bewußtsein plötzlich, ohne daß der Schmerz und die andern Empfindungen wieder erscheinen." — Über die Beziehung zwischen Bewußtsein und Gedächtnis konnte man auf Grund zahlreicher Beobachtungen folgende Formel aufstellen: „So oft man während der Anästhesierung eine klare Betätigung des Bewußtseins bemerkt, ist beim Erwachen oder einige Zeit nachher das Vergessen vollständig. Ein Patient, der behufs einer Zahnoperation empfindungslos gemacht worden war, schrie während der Operation, machte sich steif und suchte die Hand des Zahnarztes aufzuhalten. Nach Rückkehr des normalen Zustandes jedoch öffnete er beim Anblick des Instrumentes den Mund, gleich als sollte die Operation erst erfolgen. Hieraus folgt, daß Bewußtsein sehr wohl vorhanden sein kann, ohne daß dabei das zum Bewußtsein Gelangende vom Gedächtnis in einer Weise aufgenommen wird, daß es reproduziert werden kann."

[1] Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane XXIII (1900) 141 ff.

Viertes Kapitel.

Vorübergehende Anfälle psychischer Störung bei Epilepsie und Hysterie.

Hier stehen wir schon hart an der Grenze geistiger Krankheit. Man hat vielfach die Hysterie einfachhin als geistige Krankheit erklärt, und bei der großen Rolle, welche bei ihr die psychischen Momente spielen, ist dies leicht begreiflich. Bei der Epilepsie in ihrer klassischen Form scheinen zwar die körperlichen Symptome vorzuwiegen. Allein nachdem man eine so reiche Zahl von Äquivalenten entdeckt hat (Krafft-Ebing 486), treten die Bewußtseinstrübungen mehr in den Vordergrund, und der Charakter des Fallsüchtigen gibt dem ganzen Krankheitsbild ein psychisches Gepräge. Weil jedoch, wie Cramer bemerkt, der Epileptiker noch kein Geisteskranker ist, ziehen wir es vor, die Bewußtseinsstörungen in den Anfällen und die transitorischen Dämmerzustände zu den vorübergehenden Gruppenstörungen zu rechnen.

§ 1. Epileptische Dämmerzustände und Bewußtlosigkeit[1].

Die Epilepsie oder Fallsucht hat in ihren klassischen Anfällen eine traurige Berühmtheit. Allein es will den Ärzten nicht gelingen, diese Krankheit genau zu umschreiben. Denn statt der klassischen Anfälle mit ihren Krämpfen hat man eine Reihe von Nervenzufällen gefunden, die jenen in nichts gleichen und dennoch, wo sie mit Bewußtseinsstörung verbunden sind, als Äquivalente aufgefaßt werden müssen. Bis jetzt ist man über die Zahl und Art dieser Äquivalente noch nicht im klaren (ebd. 486).

Zuerst ist zu bemerken, daß der arme Epileptiker nicht bloß während seiner Anfälle krank, sondern dauernd leidend, chronisch nervenkrank ist. Dauert die Epilepsie schon lange, so zeigen sich bei dem Kranken psychische Degenerationszustände: Abnahme der intellektuellen Funktionen auf Grund von Schwäche des Gedächtnisses, lückenhafter Auffassung; sie kann bis zum Schwachsinn und Stumpfsinn fortschreiten. Dazu gesellt sich der Verlust ethischer und ästhetischer Urteile und Gefühle, abnorme Reizbarkeit. Dem eigentlichen Insult gehen merkwürdige Symptome minuten-, stunden-, aber auch schon tagelang voraus. Eigentümliche Gefühle steigen von den Gliedern oder vom Leibe zum Kopf, verbunden mit Kältegefühl und Schwindel.

[1] Vgl. zum ganzen Paragraphen: A. Cramer, Die epileptische Seelenstörung in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgegeben von Binswanger und Siemerling 215 ff.

Dazu gesellen sich subjektive Sinnesempfindungen wie Brausen in den Ohren, Erscheinungen von Lichtern und Farben, vor allem roter Flammenschein, schreckhafte Halluzinationen des Gesichtes und Gehörs, zuweilen auch solche des Geruches. Der Kranke ist niedergedrückt, tiefe Bangigkeit und Präkordialangst überfällt ihn, und seine gewöhnliche Gemütsreizbarkeit ist noch gesteigert. Sein Gedankengang ist erschwert, Zwangsvorstellungen drängen sich auf, er wird verwirrt, und rauschartiger Nebel umhüllt sein Bewußtsein. Dann stößt er einen lauten durchdringenden Schrei aus und fällt, ohne sich schützen zu können, plötzlich, wie vom Blitze getroffen, zusammen.

Während des großen epileptischen Anfalls selber mit seinen Krämpfen scheint das Bewußtsein, ja selbst die Reflexerregbarkeit ganz erloschen.

„Einige Fallsüchtige", sagt Trousseau[1], „antworten, wenn man sie während ihrer Krise auf barsche Weise und mit gebieterischem Tone interpelliert, auf die Fragen mit kurzer Stimme und schreiend. Nach Beendigung des Anfalls erinnern sie sich weder an das, was ihnen gesagt worden ist, noch an das, was sie geantwortet haben." — Ein Kind, das man während seines Anfalls Äther oder Ammoniak einatmen ließ, dessen Geruch ihm unerträglich war, schrie wütend: „‚Mach dich weg!' ‚Fort mit dir!' ‚fort mit dir', und als der Anfall beendet war, wußte es nicht, was stattgefunden hatte." „Einige Male kommen die Epileptischen mit vielen Anstrengungen dazu, in ihrem Gedächtnis mehrere Tatsachen zu finden, die sich während ihres Anfalls besonders in dem letzten Momente zugetragen. Dem großen Anfall folgt oft ein sog. terminaler Schlaf."

Nach dem Anfall scheint der Patient oft noch verworren, vermag die Dinge nicht recht zu erfassen. Dabei kann große Niedergeschlagenheit bestehen, verbunden mit außergewöhnlicher Reizbarkeit und raptusartigen Impulsen, die zu Selbstmord, Mord und Brandstiftung führen können. Sie können hervorgerufen sein durch die Angst, falsche Auffassung, die überall Feinde sieht, und durch schreckhafte Visionen. Dieses nachepileptische Stadium führt dann in der Regel bald ins klare Bewußtsein über.

Krafft-Ebing erzählt (S. 495) von einem 25jährigen Epileptischen: „Nach gehäuften Anfällen trat 9. Juli 1876 ein Dämmerzustand ein, in welchem Patient schlaflos war, mimisch und geistig tief verworren erschien. Am 11. nachts gesellte sich ein schreckhaftes furibundes Delir hinzu. Patient wurde sehr ängstlich, sprang plötzlich auf, packte einen Patienten, würgte ihn, schrie, tobte, schlug wütend um sich. Am Morgen fand er sich zu seinem Erstaunen in der Isolierzelle. Er war noch im leichten Dämmerzustand, wußte nur, daß er sich vor Mördern geflüchtet, schreckliches Getöse und Kanonendonner vernommen und alles in Flammen und Blut gesehen hatte."

[1] Leçons cliniques II 114, bei Ribot, M. de la mémoire 57.

Hier handelte es sich um das, was die Franzosen Grand mal nennen; hätten die furibunden, halluzinatorischen Delirien gefehlt, und wäre bloße Angst dagewesen, so hätte man von einem Petit mal gesprochen.

Allein auch in der Zwischenzeit zwischen einzelnen Anfällen — nicht als unmittelbare Vorläufer oder Ausläufer — finden sich epileptische Dämmerzustände. Es sind transitorische Fälle psychischer Störung, die zuweilen wenigstens als Äquivalente eines eigentlichen epileptischen Anfalles betrachtet werden können. Die Formen sind sehr verschieden: Krafft-Ebing unterscheidet (494 ff) Dämmerzustände bloßer Angst, mit persekutorischen Halluzinationen und Wahnideen, mit religiösem, expansivem Delir, mit traumhaften, romanhaften Ideen, endlich, wenn auch in seltenen Fällen, mit moriaartiger (heiterer, unsinnigtoller) Erhebung.

Wichtig werden solche Dämmerzustände wegen der Verbrechen, die in denselben begangen werden können, ohne daß sich der Kranke der Untat voll und ganz bewußt wird. So hat ein junger Kranker am hellen Tag auf öffentlichem Markt auf einen Juden geschossen; ein anderer machte einen Mordversuch auf das Mädchen, das er hätte heiraten mögen, und dessen Vater, um ihnen zu „imponieren" und sie zu zwingen, ihn zu lieben. Bei beiden fehlte das klare Bewußtsein, und die Antecedentien wiesen auf „Degenerierte" hin. Solche Dämmerzustände sind um so bedenklicher, je weniger man beim Fehlen eigentlicher epileptischer Insulte ihre wahre Natur ahnt. Manche solcher Individuen, bei denen Verbrechen gepaart war mit vorübergehender Bewußtseinsstörung, müssen dringend als der Epilepsie verdächtig angesehen werden. Kenntnis ihrer Abkunft — ob von trunksüchtigen, epileptischen, irrsinnigen Eltern — kann da am besten Aufschluß geben neben der Konstatierung plötzlich auftretender Bewußtseinstrübungen.

Nach Verlauf der Dämmerzustände zeigt sich oft gar kein Gedächtnis oder nur ein summarisches. Ribot erzählt in seiner Monographie Maladies de la mémoire (S. 54) verschiedene Fälle, unter andern von einem Schuster, der am Tage seiner Hochzeit, von epileptischer Geistesstörung erfaßt, seinen Schwiegervater niederstach. Als er nach einigen Tagen wieder zu sich kam, wußte er absolut nichts von dem, was geschehen war. Inwieweit eine Spur von Bewußtsein vorhanden war während der Tat, inwieweit keine, würde wohl schwer zu entscheiden sein. Sicher war es nicht genug, um ihn für die Tat als solche verantwortlich zu machen.

§ 2. Bewußtseinsstörungen der Hysterischen.

Es ist nicht möglich, im Rahmen unserer Arbeit ein Gesamtbild der Hysterie zu entwerfen. Sicher spielen die psychischen Phänomene hier eine ausgezeichnete Rolle. Sie sind sogar ausschlaggebend.

Auch wenn es nicht infolge der Anfälle zu tieferen Störungen käme, wären schon eine ganze Reihe von Elementarstörungen zu bemerken, die mit einer Bewußtseinsstörung, vor allem durch die Schwäche der Aufmerksamkeit und der dadurch bedingten großen Zerstreutheit zusammenhängen. Wir folgen in der Skizzierung der Tatsachen Oppenheim[1], Janet und Hellpach (S. 379 ff).

Im Gebiete der Sinnesfunktionen bemerken wir sehr wechselreiche, psychisch beeinflußbare Empfindungsstörungen, vor allem auf dem Gebiete des Tastsinnes. Die totale Hemianästhesie ist eine spezifisch hysterische Erscheinung. „An ihr beteiligen sich auch", sagt Hellpach, „die Sinnesorgane, meist auch die Muskeln und Gelenke der befallenen Körperhälfte. Das schwerste Bild ist etwa dieses: Das rechte Auge ist total blind, das rechte Ohr taub, die rechte Nasenhälfte hat den Geruch, die rechte Zungenhälfte hat den Geschmack verloren. Die ganze Haut der rechten Körperseite bis genau zur Mittellinie hin ist anästhetisch gegen Berührung, Temperatur und Schmerz. Der Kranke weiß nicht, ob man den Arm im Ellenbogengelenk beugt, er hat (bei geschlossenem linken Auge) keine Ahnung von der Lage seiner rechtsseitigen Glieder. Trotzdem besteht kein Zeichen von Ataxie. Ja oft weiß der Betroffene vor seiner Untersuchung durch den Arzt gar nichts von seiner Hemianästhesie."

„Als ich", so erzählt Pierre Janet (S. 98), „Lucia zeigte, daß sie weder Berührung noch Schmerz empfinde, sagte sie mir: ‚Desto besser.' Als ich sie so weit gebracht hatte, selbst zu konstatieren, daß sie nie die Lage ihrer Arme kannte, wenn sie dieselben nicht sah, und daß sie ihre Beine im Bett verlor, antwortete sie mir: ‚Aber das ist ja ganz natürlich vom Augenblick an, wo ich sie nicht mehr sehe; es geht aller Welt so.' Ich war es, der infolge einiger Versuche Rosa darauf aufmerksam machte, daß sie keine Farbe unterscheiden konnte. Sie wußte nichts davon."

Hier ist ein psychischer Faktor mit im Spiele. Darauf weist der Umstand hin, daß die Hysterische sich räumlich orientieren und geordnete Bewegungen ausführen kann; das wäre unmöglich, wären nicht äußere und innere Empfindungen da. Aber sie treten nicht ins Bewußtsein. Ge-

[1] Lehrbuch der Nervenkrankheiten [2] 1898, 726 ff.

lingt es, die Vorstellungen davon zu wecken, so fühlt die Kranke plötzlich die Empfindung wieder. So schreibt Janet (S. 96 ff):

„Marie ist seit einigen Tagen total anästhetisch (in Bezug auf den Gefühlssinn): ich suggeriere ihr, eine Raupe laufe über ihre Hand; sie behauptet, nichts zu fühlen. Ich sage ihr, sie soll doch achten und die Raupe sehen; sie sieht dieselbe und fühlt dieselbe gleichzeitig. Das Gesichtsbild hat das Gefühlsbild wachgerufen.

„Im wahrsten Sinne des Wortes kommt . . . alles Denkbare bei der Hysterie vor. Den Anästhesien reihen sich Hyperästhesien an. Von ihnen sei besonders die Ovarie, der heftige Schmerz in der Unterbauchgegend . . . die hysterische Spinalirritation, der Schmerz beim Druck auf einzelne Wirbel hervorgehoben. Den Hyperästhesien folgen die Parästhesien. . . . Bei den Hysterischen sind es alle möglichen Schmerzen, an denen sie zu leiden haben, so lange natürlich, als keine stärkere Suggestion die schmerzverursachende Eigensuggestion überwindet." (Hellpach 383 f).

Erhöhte Suggestibilität ist so sehr eine charakteristische Erscheinung bei den Hysterischen, daß Charcot und nach ihm Hellpach das Wesen der Hysterie in dieselbe verlegen. Indessen würde man doch zu weit gehen, wollte man alle Erscheinungen der Hysterie auf Eigen- oder Fremdsuggestion zurückführen wollen. Für eine interessante Erscheinung — die Übertragung (transfert) der Empfindlichkeit von der einen auf die andere Seite durch Auflegung von Magneten darf sie aber wohl herangezogen werden (Janet 156). Oppenheim bemerkt, daß auch unechte Magneten, Senfpflaster, Holz und Knochen die gleiche Wirkung erzielen (S. 739).

Die erhöhte Suggestibilität stimmt vorzüglich zur mangelhaften Reproduktionstreue des Gedächtnisses und zur krankhaft gesteigerten Phantasie dieser Kranken, bei denen, wie Krafft-Ebing sagt, „die lebhafte Vorstellung leicht zur Halluzination wird oder die Kranken wenigstens Phantasie von Wirklichkeit nicht zu unterscheiden vermögen". Die hemmende Kraft des Willens ist geschwächt, und die Kranken sind vielfach nur mehr der Spielball ihrer Launen, Gelüste, Impulse und ihrer Einbildungen.

Alle diese Faktoren, verbunden mit der Gemütserregbarkeit, dem Hervortreten der Triebe besonders in der geschlechtlichen Sphäre, dem egoistischen Fühlen, das bis zu schrankenloser Bosheit und Rachsucht geht, bilden einen vorzüglichen Nährboden für das Entstehen von eigentlichem Irresein.

Wirklich gibt es auch in der Hysterie Zustände von vorübergehendem Irresein, dann länger sich hinziehende Zustände mit Wahndelirien und endlich, wenn auch seltener (Oppenheim 731) ausgesprochene psychische

Krankheiten, denen aber die Hysterie ihren eigentümlichen Charakter aufprägt. Die transitorischen Irreseinszustände können dem Anfall vorhergehen, ihn einleiten, selbst einen Teil desselben bilden, demselben folgen oder ihn ersetzen. Sie dauern Stunden bis Tage. Der globus hystericus (Empfindung einer zum Hals aufsteigenden Kugel), Bangigkeit und gesteigerte Gemütsreizbarkeit leiten die Anfälle ein. Nicht selten werden dieselben ausgelöst durch Vorstellungen einer schreckhaften Begebenheit, welche der Krankheit ihren Ursprung gegeben. Allgemeine oder isolierte Konvulsionen entstehen, die ein ganz verschiedenes Gepräge tragen können[1]. Den Bewußtseinszustand während des Anfalls schildert Hellpach (S. 386) folgendermaßen:

„Der Fallsüchtige" ist vom Augenblick der ersten Konvulsion an völlig bewußtlos. Durch wenig Minuten der Dauer setzt sich diese Bewußtlosigkeit in einen tiefen Schlaf um. Der Hysterische kann im Anfang seines Anfalls den Eindruck der Ohnmacht erwecken; bald aber stellen sich die hysterischen Bewußtseinsveränderungen ein. Die Kranken erleiden lebhafte Sinnestäuschungen, sehen Erscheinungen, hören Stimmen, befinden sich in einem traumhaften Zustande, dessen schreckliche oder lustvolle Eigenart sich in ihrem Mienenspiel äußert. Dabei sprechen, lachen, johlen, schreien, singen sie, immer mit Bezugnahme auf das vermeintlich von ihnen Durchlebte; es sind dies Bewußtseinslagen, die wir früher bereits als Delirien kennen gelernt haben. Die hysterischen Deliranten sind ungeheuer suggestibel. ... Diese Suggestibilität setzt sich dann im dritten Stadium des hysterischen Anfalls als Katalepsie fort, bei der die Glieder jede ihnen erteilte Stellung behalten, bis eine gegenteilige Suggestion gegeben wird."

Für die Hervorrufung des hysterischen Anfalls ist die Berührung gewisser Körperstellen (hysterogene Zonen), welche sich zuweilen mit den hyperästhetischen Bezirken decken, besonders wirksam.

Bei den stärksten Anfällen zeigen sich analog wie bei Grand mal der Epileptiker schreckhafte Wahngebilde und in deren Gefolge wahrhaft dramatische Szenen. Die Kranken reagieren auf diese Halluzinationen mit verzweifelter Gegenwehr, toben, schlagen um sich und schreien. Daneben bestehen dann Krampferscheinungen, die dem großen Veitstanz und der Epilepsie ähneln. Es können aber auch an Stelle der schreckvollen Delirien ekstatisch visionäre Zustände treten, wo die Kranken den Himmel offen zu sehen glauben, begeisterte Predigten halten, in Sprachen reden, die andere nicht verstehen, über die Zukunft sich auslassen 2c.

[1] Über die Mobilitätsstörungen in der Hysterie, welche nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehören, vgl. Oppenheim 739 ff.

Die Erinnerung ist nach dem Anfall für alles, was in demselben geschah, ganz verschwunden oder eine höchst summarische. Dagegen stellt sie sich oft während eines späteren Anfalls wieder ein. Sind die Anfälle vorüber, so folgen gewöhnlich ähnlich wie nach der Epilepsie (hysterische) Dämmerzustände.

Die chronische Trunksucht, die Epilepsie und Hysterie, liegen bereits an den Grenzen geistiger Krankheit. Sie selber sind ja eine Krankheit; der Charakter dieser körperlich Kranken trägt bereits den Stempel dauernder Störung einzelner seelischer Funktionen; ihre Anfälle kommen einem kurzen Irresein gleich, und endlich entstehen auf ihrem Boden eigentliche dauernde Gesamtstörungen des geistigen Lebens.

So führt die Darstellung der epileptischen und hysterischen Erscheinungen naturgemäß hinüber zur Behandlung der geistigen Krankheiten.

Zweiter Abschnitt.

Dauernde Gruppenstörungen oder geistige Krankheiten.

Erstes Kapitel.

Wesen der geistigen Krankheiten.

Es wurde schon früher bemerkt, daß bloße Störungen der Empfindung und Bewegung nicht zu den psychischen Störungen im strengen Sinne des Wortes gerechnet werden. Desgleichen werden Störungen in der Phantasietätigkeit und in der Erinnerung wohl als Schwäche und Anormalität empfunden; solange sich aber keine schädigenden Einflüsse im Bereiche des Verstandes zeigen, spricht man noch von keiner Seelenkrankenheit. Ebensowenig werden Anormalitäten im Gefühlsleben und im sinnlichen Streben schon als psychische Krankheit aufgefaßt. Auch bei ihnen beginnt man erst dann von Seelenkrankheit zu reden, wenn jene anormalen Zustände Verstandes- und Willenstätigkeit angreifen. Aber auch nicht jede Störung der intellektuellen und der Willensfunktionen wird Seelenkrankheit genannt. Die Störung muß einen gewissen Grad erreichen und chronisch sich gestalten. Ein Fieberdelirium, den akuten Alkoholrausch, eine Erschöpfungsohnmacht nennt noch niemand Geisteskrankheit, obgleich die intellektuellen Funktionen entschieden leiden.

Der Name Seelenkrankheit setzt voraus, daß die Seele wirklich leide. Es ist aber unmöglich, die Sache so aufzufassen, daß die geistigen Tätig-

keiten des Verstandes und des Willens primär angegriffen seien. Um den technischen Ausdruck der Ärzte auf unsere Frage anzuwenden, müssen wir sagen, die Störungen des Intellekts und Willens seien nicht idiopathische, sondern bloß sympathische Störungen. Denn es kann in keiner Weise angenommen werden, daß Verstand und Willen einer direkten Erkrankung anheimfallen. Die Störung wird also primär immer anderswo zu suchen sein.

Bei dem Formenreichtum der psychischen Krankheiten darf unmöglich vorausgesetzt werden, daß die Störung der intellektuellen und der Willensprozesse überall die gleiche sei. Wenn wir jedoch den Idiotismus und Kretinismus ausscheiden, bei denen vielmehr ein originäres Fehlen der Vernunfttätigkeit und des (freien) Willens vorhanden ist als eine Störung, so bemerken wir, daß nicht jegliches Denken abhanden gekommen ist, wohl aber, daß das Urteil irre geht. In der Folge muß auch das Wollen gestört erscheinen.

Damit ist auf die Verwandtschaft zwischen Irrtum und Geistesstörung hingewiesen, aber zugleich einer der schwierigsten Punkte in der Psychopathologie berührt. Wie unterscheiden sich Irrtum und Irrwahn? Sicher konstituiert nicht jeder Irrtum, und hätte er sich noch so dauernd festgesetzt, eine Geistesstörung. Wie viele kaum glaubliche Irrtümer zeigt die Geschichte der Philosophie, der Einzelwissenschaften, die Geschichte der heidnischen Religionen, Irrtümer in der Sache selber und Irrtümer im Schlußverfahren! Man bedauert diese Irrtümer, und doch werden ihre Vertreter als Irrende, nicht als Irre betrachtet, obgleich sie Jahre und Jahrzehnte in den gröbsten Irrtümern verharren. Worin besteht also gerade das Irresein? Wie es scheint, darin, daß die Geisteskranken in solche Irrtümer verfallen und in denselben nicht frei, sondern notwendig beharren, in welche ein geistig Gesunder, der die Kontrolle der Sinne und des Verstandes nicht aufgegeben hat, nie verfallen wird. Denn überall finden wir bei den Geisteskranken einen Gegensatz nicht etwa bloß gegen populäre Anschauungen, sondern gegen die ruhigen und bedachten Urteile aller auch nur mittelmäßig und schwach begabten Menschen.

Auf seiten der Willensfunktionen macht sich ebenfalls eine Störung bemerkbar, die nicht direkt allein auf die Störung der Verstandesfunktionen zurückgeht. Der Irre fühlt sich entweder im Wollen krankhaft gehemmt, oder seine Begehrungen nehmen einen hastigen und konvulsiven Charakter an, oder endlich er wählt und handelt, wie kein Vernünftiger wählen und handeln würde. Für den Laien in der Psychiatrie ist dieses gewöhnlich das erste auffällige Kennzeichen für die Geistesstörungen, während vielleicht

Sinnestäuschungen und Wahnideen noch lange nicht hervortreten. Auch hier tritt aber die Frage entgegen, wie unterscheidet sich Sünde und Laster vom Geisteswahn des Irren? Eine Verwandtschaft mit dem Treiben der Leidenschaft, dem verblendeten Laster, tritt um so mehr zu Tage, als oft die niedrigsten Triebe von den Irren schamlos zur Schau getragen und in der zügellosesten Weise befriedigt werden. Zur Sünde und zum Laster gehört das freiwillige Handeln gegen die Stimme des Gewissens, des Sittengesetzes im Innern des Herzens. Wo das Gewissen nicht mahnt, wo die Einsicht in die Schlechtigkeit aufgehört, wo die besonnene Beurteilung unmöglich geworden, ist keine schwere Sünde mehr. Zu leugnen ist zwar nicht, daß die traurigen Erscheinungen des „moralischen Irreseins" nicht selten das Endstadium eines Lasterlebens bilden. Aber die traurigsten Bilder sittlicher Verödung können auch auftreten bei sittlich unbescholtenen Leuten, denen das moralische Gesetz über alles ging, ehe die Geistesumnachtung über sie die Herrschaft gewann.

Verstand und Wille sind in sich keiner andern Störungen direkt fähig als des Irrtums und der Sünde. Wenn man also sich nicht auf den Standpunkt stellen will, Geisteskrankheit sei nichts als Irrtum und Sünde, so darf der eigentliche Krankheitsherd nicht im Verstand und Willen gesucht werden; er muß sich anderswo finden. Wirklich weist die Psychiatrie auf einen Krankheitsherd hin, der noch zur Seele, wenn auch nicht zu ihr allein gehört, auf die Phantasie und das sinnliche Begehren; hauptsächlich aber und in erster Linie dieses letztere. Feststehende Tatsache bleibt, daß bei den Irren das Vorstellungsleben und das niedere Begehren gestört ist. Oft scheint man in der Psychologie die wichtige Rolle des letzteren zu übersehen und die große Lehre zu vergessen, welche eine beobachtende Vorzeit uns hinterlassen, daß das sinnliche Begehren im ganzen Sinnesleben eine dominierende Stellung einnimmt. Daß das sinnliche Vorstellungs- und Begehrungsleben idiopathisch angegriffen sein könne, ist leicht zu begreifen. Für das Vorstellungs- und Begehrungsleben gibt es psychologisch ein Zuviel und Zuwenig, ein Zuschnell und Zulangsam, ein Abirren nach links und nach rechts. Da nun aber nach den Prinzipien einer sehr gesunden Philosophie die sinnlichen Akte vom beseelten Organ (speziell vom Gehirn) ausgehen, also Akte sowohl des Organismus als der Seele sind, kann das psychologisch Zuviel und Zuwenig auch unter Umständen ein physiologisch Zuviel und Zuwenig bedeuten. Damit ist der Grund für Störung und Krankheit gelegt. Der eigentliche Krankheitsherd der psychischen Krankheit ist also der beseelte Organismus.

In der geistigen Krankheit ist so eigentlich der ganze Mensch erkrankt. Die psychische Krankheit ist nicht eine Krankheit des Leibes allein noch der Seele allein. Das menschliche Ganze in seinen höchsten Funktionen ist angegriffen; das menschliche Kompositum ist krank.

Die meisten Psychiater lehren mit Griesinger, alle Seelenkrankheiten seien Gehirnkrankheiten, obgleich nicht alle Gehirnkrankheiten Seelenkrankheiten seien, sondern nur jene, in welchen die Erkrankung der psychischen Funktionen im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. Man hat dieser Lehre den Vorwurf des Materialismus gemacht. Sicher wird sie oft in einer Form vorgetragen, welche zeigt, daß manche ihrer Vertreter den materialistischen Anschauungen nahe stehen. In der Form, wie Griesinger die Lehre vorlegt, verdient sie diesen Vorwurf nicht. Sie läßt sich sehr wohl in die Worte kleiden: Es gibt beim Menschen keine geistige Krankheit, die nicht mit einer Erkrankung des Gehirns verbunden wäre. Damit man nicht den großen Meistern der Psychiatrie gegenüber in eine ignoratio elenchi verfällt, darf man ihnen dabei nicht unterschieben, unter Erkrankung des Gehirns verständen sie Störungen mit sichtbaren und nachweisbaren anatomischen oder physiologischen Veränderungen des Nervengewebes. Wie im Gebiete des übrigen Zentralnervensystems und der peripherischen Nerven unterscheiden die Ärzte auch hier organische und funktionelle Störungen. Niemand wird leugnen, daß die Neuralgien in einer krankhaften Affektion der Nerven bestehen, und doch ist bis zur Stunde keine anatomische Veränderung aufgefunden worden. Der Ausdruck „Funktionelle Störungen" besagt freilich in sich etwas Negatives, insofern das Vorhandensein von anatomisch nachweisbaren Veränderungen geleugnet wird; zugleich aber besagt es etwas Positives, wenn der Sitz der Störung auch nur einigermaßen erkannt ist. Daß es in den feinen Nervengeweben des Gehirns Störungen geben kann, welche sich mit unsern Mitteln nicht nachweisen lassen, muß sicher zugestanden werden; noch mehr gilt dies von den anormalen Veränderungen während des physiologischen Vorgangs selber. Ein anormaler Reizzustand im Gehirn, eine Herabsetzung seiner Ernährung muß einer Erkrankung als gleichwertig angesehen werden, und doch können ihre Spuren verwischt sein, wenn das Gehirn zur Obduktion gelangt. Nach den Prinzipien der naturphilosophischen Lehre des Animismus müssen aber Störungen in jenem Organ, welches den Vorstellungen und Begehrungen dient, auch schädigend auf das Entstehen, Intensität und Verlauf dieser psychischen Erscheinungen einwirken. Es ist also durchaus keine materialistische Lehre, wenn man behauptet, mit den psychischen Krankheiten sei ein krankhafter Zustand des Gehirns

verbunden. Man erinnert dagegen, daß das Gehirn erkrankt sein könne, ohne daß psychische Störungen sich zeigen. Allein man vergißt, daß nicht alle Partien des Gehirns direkt dem Vorstellen und Begehren dienen, daß vielmehr bloß die Großhirnrinde direkt in Betracht kommt. Ebensowenig nützt die Berufung auf die Besserung und Heilung durch psychischen Einfluß. Denn die Psychiater stellen nicht in Abrede, daß bei der Entstehung und Fortdauer psychischer Krankheit auch psychische Faktoren tätig seien, die psychischem Einfluß weichen.

Es ist fast eine Unmöglichkeit, die geistigen Krankheiten zu sondern und zu gruppieren. Das anatomische Einteilungsmoment versagt, da bei einer ganzen großen Gruppe von geistigen Krankheiten sich anatomische Veränderungen nicht konstatieren lassen. Die bloßen Krankheitserscheinungen versagen; denn wollte man nach ihnen trennen, so würden Krankheitsbilder, die offenbar ein Ganzes bilden, zerrissen. Die Ursachen versagen, denn sie sind oft genug nicht bekannt, und nicht immer würde die Trennung nach Ursachen auch der naturgemäßen Zusammengehörigkeit der Krankheitsbilder gerecht. Für unsere Zwecke dürfte es genügen, diejenigen Formen hervorzuheben, die als abgegrenztes Ganzes anerkannt werden, und um die weitere Einteilung uns zunächst nicht zu kümmern. Wir folgen bei der Gruppierung dem Lehrbuche Krafft-Ebings und lehnen uns auch in der Darstellung vielfach an dasselbe an.

Zweites Kapitel.

Die Melancholie.

Der berühmte französische Irrenarzt Esquirol[1] entwirft folgendes Bild vom Melancholischen: „Die Physiognomie ist unbeweglich, aber die Muskeln des Schrecken und Furcht ausdrückenden Gesichtes sind in einem Zustande krankhafter Anspannung. Die Augen sind stier zur Erde gesenkt oder gespannt in die Ferne sehend; der Blick ist unruhig und mißtrauisch." Eine Empfindung, ein Gefühl, ein Gedanke beherrscht alles; es ist die düstere Stimmung das Gefühl der Niedergeschlagenheit, der Gedanke an den eigenen seelischen Schmerz.

„Die Einheit der Empfindung und des Gedankens macht auch die Handlungen des Melancholischen gleichförmig und langsam; er scheut jede Bewegung und verbringt seine Zeit einsam und untätig: geht er, so ge-

[1] Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Frei bearbeitet von Dr K. Ch. Hille (1827) 204 f.

schieht es langsam und mit einer Vorsicht, als wollte er irgend eine Gefahr vermeiden, oder er geht hastig, immer aber in einer Richtung, als wenn sein Geist sehr beschäftigt oder vertieft wäre. Einige zerreißen sich die Hände, die Spitzen der Finger oder reißen sich die Nägel aus."

Man darf sich aber nicht vorstellen, daß der Geist des Melancholikers ebenso untätig wäre wie der Körper. Freilich am eigentlichen festen Wollen gebricht es, wie wir gesehen haben, aber nicht an der Tätigkeit des Vorstellungslebens. „Die Aufmerksamkeit des Melancholikers ist in der größten Tätigkeit und mit einer fast unüberwindlichen Kraft der Anspannung auf einen Gegenstand gerichtet; ganz und gar auf diesen konzentriert, kann derselbe seine Aufmerksamkeit nicht abwenden und auf andere seiner Empfindung fremde Gegenstände richten. Man kann diesen Zustand einen Starrkrampf des Geistes nennen, den weder ein lebhafter Eindruck noch eine starke körperliche oder moralische Erschütterung zu heben vermag." [1] Es ist also nicht eine eigentlich freiwillige, willkürliche Aufmerksamkeit, vielmehr gibt sich auch hier der Charakterzug der Melancholie wieder zu erkennen, der wesentlich ein Leiden ist. Freilich beschäftigt sich der Melancholische mit seinen Leiden, und ein trüber Gedanke kann dem andern folgen, aber er wird in diese Bahn hineingedrängt und muß sozusagen dem Weg folgen, den seine düstere Stimmung ihm vorzeichnet. Selbst das Wohl und Wehe seiner eigenen Angehörigen kann ihm fremd werden, er kann kalt und stumpf sein gegen die, welche er früher zärtlich liebte, ein wahrer Egoist. Wird der Kranke dessen gewahr, so steigert sich noch sein Seelenschmerz. Anderseits kann auch gerade das Umgekehrte stattfinden: „Die moralischen Empfindungen behalten bisweilen nicht nur ihre ganze Stärke, sondern ihre Aufregung steigt selbst wider den Willen des Kranken, und obgleich sie in die tiefste Traurigkeit versenkt sind, bis zum höchsten Grade. Die kindliche Anhänglichkeit, die Liebe, die Freundschaft und Dankbarkeit sind übertrieben und vermehren noch die Unruhe und Furcht der Melancholischen." Man bezeichnet in der modernen Psychiatrie diese zweite Erscheinung mit dem Namen der seelischen Überempfindlichkeit, psychische Hyperästhesie. Sie zeigt sich auch gegenüber rein psychischen Reizen: „Die einfachsten und gewöhnlichsten Dinge scheinen ihnen besondere und neue Phänomene, die bloß für sie bereitet worden sind, um sie zu quälen. Die Kälte und die Wärme, der Regen und der Wind machen sie vor Schmerz und Schreck schaudern; Geräusch stört sie und bringt sie zum Zittern. Stille

[1] Esquirol, Pathologie und Therapie der Seelenstörungen 211.

ergreift und erschreckt sie; mißfällt ihnen eine Sache, so stoßen sie solche mit Hartnäckigkeit von sich; wenn ihnen die Speisen nicht behagen, so bekommen sie Ekel bis zu Übelkeiten und Erbrechen. Jeder bloße Gegenstand der Furcht erregt ihnen Schrecken, jeder Kummer Verzweiflung, und erfahren sie einiges Unglück, so halten sie alles für verloren. Ihr Urteil ist noch nicht verwirrt, aber alles ist gezwungen und überspannt." [1]

Offenbar erweist sich der Verstand und der Wille bereits nicht mehr kräftig genug, um den zahllosen Übertreibungen und falschen Auffassungen entgegenzutreten. Der Boden für Illusionen und Halluzinationen ist vorbereitet.

Nicht selten finden sich im Verlaufe der Melancholie Sinnestäuschungen. Sie tragen alle einen beängstigenden, schreckhaften Charakter. Krafft-Ebing erzählt (S. 303) von einer Bauersfrau, die infolge von Geburten, von Sorgen und Krankheit in eine tiefe Gemütsdepression sank:

„Bald stellte sich auch morgens beim Erwachen eine entsetzliche Angst in der Herzgrube ein. Es war ihr, wie wenn ein Zentnerstein dort liege. Der Angstschweiß brach dann aus, es trieb sie unstät umher. Die morgendlichen Angstanfälle nahmen an Heftigkeit zu, bis sie ihr die Besinnung raubten. Sie wähnte sich dann in die Hölle versetzt, hatte das Gefühl, daß sie von großer Höhe herabgestürzt werde, in der Luft schwebe, sah alles um sich in feurigrotem oder auch weißem Schein. Sie meinte, die Welt sei zu Grunde gegangen, und sie sei die Schuld daran, nun komme sie auch an die Reihe. Dabei spürte sie eine entsetzliche Gedankenverwirrung, ein wirres Durcheinanderlaufen der Gedanken. Auf der Höhe der Angstanfälle stellte sich Lebensüberdruß und Drang zu zerstörenden Handlungen ein. Sie rannte dann verzweiflungsvoll im Zimmer umher, biß, schlug die Umgebung, demolierte, was sie erreichen konnte, worauf ihr dann leichter wurde." Unter der guten Pflege des Arztes in der Irrenanstalt erlangte sie Arbeitsfähigkeit und Arbeitslust wieder. Die schmerzliche Verstimmung schwand fast ganz.

Wir finden in diesem Beispiel auch schon Wahnideen einer Melancholischen. Solche Wahnideen finden sich häufig. Es gibt freilich auch Melancholiker, bei welchen sich keine Wahnideen finden — eine Melancholie ohne Delirium, wie schon Esquirol bemerkt. Die so Leidenden sehen es ein, wenn sie falsch geurteilt und gesprochen haben, und räumen es oft mit Verdruß und Verzweiflung ein.

Allein es darf uns nicht wundern, wenn auf dem Boden der Melancholie Wahnideen auftreten, wenn der Kranke für seinen seelischen Schmerz, sein verändertes Fühlen und Denken selbst einen Grund sucht, und da

[1] Ebd. 206.

ihm der eigentliche Nährboden seiner Furcht, seiner Beklemmung, seiner Angst nicht offen liegt, eine wahrscheinliche Erklärung erfindet. Selten arbeitet sich der Wahn des Melancholischen direkt aus dem organischen Untergrund heraus, selten auch sind die Sinnestäuschungen die eigentliche Ursache, meistens stellt er die Frucht einer überlegenden geistigen Verarbeitung dar. Je nach dem Charakter des Kranken, nach seinen Lebenserfahrungen usw. gestaltet sich nun der Wahn aus. Bei einem nimmt er als Versündigungswahn eine religiöse Färbung an, ein anderer glaubt sich verfolgt.

Der melancholische Wahn mit religiöser Färbung kann so weit gehen, daß sich der arme Kranke nicht nur Verbrechen und Untaten anklagt, die er nie begangen, sondern bei seinem dauernden Seelenschmerz sich von Gott verlassen und verdammt glaubt, ja die Ansicht in sich nährt, vom bösen Feinde besessen zu sein. Doch wirken gewöhnlich in diesem letzteren Falle allerlei Spontanempfindungen und spontane Schmerzen mit, die der Kranke falsch deutet, ab und zu vielleicht auch Gehörshalluzinationen.

Diejenigen Affekte, welche den Melancholiker beherrschen, sind in ihrem Wesen deprimierende Affekte: Verdruß, Traurigkeit, Mißtrauen und Entmutigung, Furcht, Angst und Schrecken. Wir wissen aus dem gewöhnlichen Leben, daß ein plötzlicher Schrecken uns fest und starr an den Fleck Erde bannen kann, auf dem wir stehen. Die deprimierenden Affekte vermögen also nicht bloß hemmend auf die Willkürbewegung zu wirken, sondern geradezu lähmend.

Eine ganz ähnliche Erscheinung tritt uns nun in schwereren Formen der Melancholie entgegen, nämlich in der melancholia attonita seu cum stupore. Im ersten Augenblick möchte es scheinen, als handle es sich nicht um eine bloß seelische, sondern um eine organische Lähmung, die Muskeln sind kontrahiert, die Glieder leicht gebeugt, setzen der Bewegung großen Widerstand entgegen, und gelingt es, sie zu beugen, so verharren sie lange in der gegebenen Stellung. Der Kranke ist ganz still und stumm, seine Züge starr. Doch würde man sich täuschen, wenn man glaubte, das Seelenleben des Patienten sei am Erlöschen: „Ein aufmerksamer Beobachter", sagt Krafft-Ebing S. 311, „erkennt in einem Stirnrunzeln, Augenzwinkern, angstvollen Blick, einer Intention, sich zurückzuziehen, die freilich nur eine stärkere Kontraktion der Muskeln bei sonstiger Unbeweglichkeit herbeiführt, die Fortdauer von Apperzeptionen aus der Außenwelt." Aber der Kranke kann sich nicht mitteilen. Erst in der Rekonvaleszenz erhält man Aufschluß, was in der Seele inzwischen vorging. „Weit entfernt, daß eine tabula rasa bestanden hätte, berichten die Kranken über

äußerst plastische und schreckhafte Halluzinationen und Delirien, denen sie unterworfen waren, über grauenhafte Bilder von Todesqualen, Hinrichtung, Abschlachtung der liebsten Angehörigen, Untergang der Welt. In schwereren Fällen war solchen Kranken das innere Leben zu einem wahren Dämmerzustand geworden, in welchem sie die objektiven äußeren Eindrücke nur noch ganz konfus, schattenhaft und feindlich empfanden; eine schreckliche, vage, inhaltslose, aber alle Energie lähmende Angst nahm Bewußtsein und Sinne gefangen und machte eine motorische Reaktion unmöglich, wobei noch das entsetzliche Bewußtsein des Nichtmehrkönnens und Nichtmehrwollens die Angst verzehnfachte. Diesem Bewußtseinsinhalt entsprechend erscheinen die Kranken mit ängstlich staunender oder maskenartig starrer Miene reaktionslos, statuenartig an die Stelle gebannt."

Angst und Schrecken des Melancholischen können aber auch anders zur Entäußerung drängen. Der Kranke beginnt traumartig, ratlos, planlos und ziellos umherzutreiben (melancholia errabunda). Steigert sich das beängstigende Gefühl noch, und wird es zur Präkordialangst, so kann auch die Reaktion auf die schrecklichen Angstgefühle eine tobsuchtartige Gestalt annehmen. Es kommt zum raptus melancholicus. In seiner Angst will der Kranke Hand an sich selber legen oder unternimmt Gewaltakte auf seine Umgebung. Beim bloßen ratlosen Hin- und Herrennen ist es nicht unwahrscheinlich, daß keine bewußten seelischen Vorstellungen Anlaß dazu geben. Bei Gewaltausbrüchen aber wirken außer der Präkordialangst häufig noch die schreckhafte Verkennung der Umgebung und Halluzinationen furchtbaren Inhalts (vgl. Störring 437).

Fassen wir die Hauptpunkte kurz zusammen, so ergeben sich folgende wichtige Lehren aus der Melancholie:

Zu Grunde liegt eine traurige seelische Verstimmung, die ihre Dauer, Intensität und alles überwältigende Wirksamkeit von einer organischen, schwächenden oder deprimierenden Verstimmung der Körpergefühle herleitet. Wie diese körperliche Verstimmung entstanden, darüber sagt die Melancholie als solche nichts.

Die traurige seelische Verstimmung — der psychische Schmerz beeinflußt die ganze Wahrnehmung und Auffassung, Fühlen und Denken des Kranken, und zwar in der Richtung seiner seelischen Verstimmung, so daß diese noch gesteigert wird.

Sind die Affekte bloß deprimierend, und halten sie sich auf einer mittleren Stufe der Intensität, so wirkt die seelische Verstimmung hemmend auf den Verlauf der Vorstellungen wie auf die Spontanbewegungen.

Steigern sich jedoch die Affekte zur eigentlichen Angst, und wird der seelische Druck unerträglich, so kann es entweder zu einer Art geistiger Lähmung kommen oder es entstehen im wirren Durcheinanderwogen der Vorstellungen heftige motorische Reaktionen und Gewaltausbrüche.

Heinroth schrieb im Jahre 1827 in den kritischen und erläuternden Zusätzen zu Esquirols „Pathologie und Therapie der Seelenstörungen": „Wenn der Schweizer im fremden Lande dem Heimweh unterliegt, so ist es nicht das Klima, das ihn melancholisch macht, sondern das Herzweh der Trennung vom Vaterlande. Wenn der arme Weber in elender Wohnung melancholisch wird, so ist es nicht die Wohnung, sondern die Sorge und Not, die sein Gemüt zu Boden drückt. Wenn sich der Engländer im Monat November hängt, so ist es nicht der Nebel des Monats, der ihn zum Selbstmord treibt, sondern bald Lebensüberdruß bald Verlust des Vermögens bald Furcht vor der Schande bald irgend ein anderer innerer Druck auf das Gemüt."

Heinroth vergaß, in dem berechtigten Streben, die Wichtigkeit des Einflusses von Leidenschaften auf die Entstehung von Geisteskrankheiten hervorzuheben, an sich selber die Frage zu stellen: Wie kommt es, daß eine Gemütserschütterung oder auch ein zwar kleines, aber dauerndes seelisches Leiden eine so tiefe Störung hervorzurufen vermag? Hätte er sich diese Frage gestellt, so würde er nicht allgemein „die Auswüchse eines ungeordneten, moralisch nicht gezügelten Gemütes" als Ursache hingestellt und so ein Verdammungsurteil ausgesprochen haben über unglückliche Arme, die im Kampf ums Dasein unterlagen und der Melancholie verfielen, weil sie den Schicksalsschlägen nicht gewachsen waren, die über sie hereinbrachen. Gewiß gibt es Fälle, in denen der Kampf aus eigener Schuld unterlassen wurde, und noch mehr Fälle, in denen infolge des mangelnden Glaubens und eines festen moralischen Haltes die Widerstandskraft auf die Dauer fehlte; hier trägt natürlich die moralische Schwäche einen Teil der Schuld — nicht immer die ganze Schuld. — Aber es gibt auch der Fälle übergenug, wo mangelnde physische Kraft allein die Ursache war, daß Kummer und Sorgen, Angst und Furcht das Übel der Melancholie heraufbeschworen.

Drittes Kapitel.

Die Manie.

Es ist leicht im allgemeinen das Bild der Manie wiederzuerkennen. Denn sie ist das vollständige Gegenstück zur Melancholie. Wir wollen zuerst den Maniakus in der einfachen Erregtheit und dann den Tobsüch-

tigen kennen lernen. Indes ist gleich anfangs zu bemerken, daß die Grenzen zwischen maniakalischer Exaltation und Tobsucht fließend sind.

§ 1. Die maniakalische Erregung.

Wir legen der Behandlung unseres Stoffes einen psychologisch sehr interessanten Artikel Schlechtendahls in dem „Enzyklopädischen Wörterbuch der medizinischen Wissenschaften" XXII 363 ff zu Grunde, der auch jetzt noch seinen Wert bewahrt.

Das Benehmen des maniakalisch Erregten weist gerade im Gegensatz zur Passivität des Melancholischen eine erhöhte Tätigkeit auf. Diese aber gestaltet sich verschieden nach dem Charakter des Kranken. Bei dem einen äußert sie sich in Unruhe und rastlosem Wechsel, bei einem andern in hartnäckiger, rücksichtsloser Verfolgung irgend einer Lieblingsidee, die ihn gerade eben beschäftigt. Der erstere hat kaum sich irgendwo niedergelassen, so muß er wieder fort ins Wirtshaus, muß spazieren gehen, alte Freunde besuchen, Einkäufe machen. Der andere geht seinen Reformplänen nach, vergrößert sein Geschäft, treibt Sozialpolitik u. dgl. mehr. In höheren Graden der Manie nimmt das Treiben den Charakter ganz unsinniger Handlungen an: Lachen und Singen, Hin- und Herlaufen. Kranke, die mit diesem Zustand behaftet gewesen, erzählen mitunter später, daß sie mancherlei von dem, was sie getan, selbst für unsinnig erachtet, aber doch den Ablauf der Handlungen nicht hätten hindern können; andere verstehen geschickt zu bemänteln, was sie getan, und zu entschuldigen[1]. Mag aber der maniakalisch Exaltierte tun, was er will, seine Handlungen tragen das Gepräge des Ungestüms und der Heftigkeit. Sie sind nicht berechnet nach den Umständen der Zeit, des Ortes, der eigenen Kräfte und des eigenen Standes und müssen daher als unsinnig erscheinen. Der maniakalisch Erregte setzt sich leicht über die Schranken des Anstandes und der Sittlichkeit hinweg. Die Haltung ist gespannt und kräftig, der Gang hastig, die Gestikulation lebhaft. „Blick und Mienen sind übermäßig lebhaft, gespannt, beweglich, oft sehr veränderlich und wechselnd, manchmal starr, ernst, finster, drohend, zuweilen übertrieben heiter, freundlich und lachend, in andern Fällen schwärmerisch und wie verzückt."[2] Das Benehmen ist oft übertrieben fröhlich und lustig, ja ausgelassen, daneben phantastisch und

[1] Vgl. Anselm Ricker, Pastoralpsychiatrie², Wien 1889 (in Kommission bei Heinr. Kirsch), 100.

[2] Schlechtendahl im „Enzykl. Wörterbuch der med. Wissensch." XXII 363.

schwärmerisch, aber auch keck und dreist, arrogant und zudringlich. Der Maniakalische erscheint andern gegenüber oft anmaßend, hochmütig und hochfahrend, dabei leicht verletzt, zu Zank und Streit geneigt. In der Regel ist auch sein Benehmen einem häufigen und plötzlichen Wechsel unterworfen.

Wie das Benehmen, so sind auch die Reden des maniakalisch Erregten. Er ist redselig und wortreich, übereilt sich leicht und hastet in seiner Rede, spricht ungewöhnlich laut und kräftig, wählt hochtrabende, pathetische Worte und deklamiert mehr als daß er spricht.

Dem Benehmen und den Worten des Maniakalischen scheinen auch die Vorgänge in seinem Innern zu entsprechen. Soweit man aus seiner Redeweise schließen kann, geht die Bildung, Ausgestaltung und Verknüpfung der Vorstellung sehr rasch und leicht von statten. In den ersten Stadien der maniakalischen Erregungen macht der Kranke zuweilen den Eindruck des Witzigen, Schlagfertigen und Talentvollen, später aber stellt sich Verworrenheit ein. Inhaltlich passen die Gedanken und Vorstellungen zu dem erhöhten Selbstgefühl. Der Maniakalische macht große Projekte zum Besten anderer, zur allgemeinen Wohlfahrt. „Er spricht bisweilen unaufhörlich von sich selbst, von seinen Ideen und Plänen, er redet jeden an, der ihm in den Wurf kommt, und sucht seine Meinung jedem andern aufzudrängen und ihn durch Überredung oder Drohung von ihrer Wahrheit zu überzeugen; er mischt sich in jedes Gespräch und kehrt in allen Unterredungen stets zu seinem Ich, zu seinen törichten Einfällen und apodiktischen Behauptungen zurück." Für die Ideen anderer scheint dagegen der Maniakalische unzugänglich. Ein Gespräch über gleichgültige oder alle interessierende Fragen läßt sich mit ihm nicht führen; er springt stets vom Gegenstande ab, um von eigenen Ideen, Erlebnissen und Taten zu erzählen. Oft hält er Selbstgespräche oder entwickelt seine Ideen vor fingierten Persönlichkeiten. „Was andere sagen, wird von dem Kranken selten gehörig beachtet und berücksichtigt. In den höheren Graden von Verstandesaffektion beantwortet er vorgelegte Fragen falsch oder gar nicht; ja bisweilen ist er ganz unfähig, sie zu beachten und zu perzipieren."[1] Dagegen behaupten Kraepelin und nach ihm Störring (S. 441): „Ursachen für den motorischen Drang sind nicht durch irgend welche Vorstellungen gegeben, der motorische Drang hängt zum Teil ab von der abnorm gehobenen Stimmung, zum Teil, und zwar wahrscheinlich zum größten Teil,

[1] Schlechtendahl im „Enzykl. Wörterbuch der med. Wissensch." XXII 370.

von einer Steigerung der Erregbarkeit in den motorischen Zentren." Er führt eine Krankengeschichte an, deren letzte zitierte Beobachtung lautet: „Das Reden ist ein anhaltend profuses, bietet in keiner Weise bewußte Motive für den motorischen Drang."

Beide Ansichten lassen sich besonders in Anbetracht der schwankenden Grenze zwischen maniakalischer Erregung und Tobsucht leicht erklären. Wenigstens zum Teil psychisch bedingt ist bei der maniakalischen Erregung der Drang nach Bewegung und Aussprache seiner selbst; dagegen liegen nicht immer bewußte Motive vor, warum dies oder jenes getan, dies oder jenes gesprochen wird.

Vor allem charakteristisch für den Maniakalischen ist das erhöhte Selbstgefühl und Selbstvertrauen — auch hier im vollen Gegensatz zum Melancholischen. Auf diesem erhöhten Selbstgefühl gründen sich der Übermut, die Überschätzung seiner selbst und die Sucht, sich geltend zu machen, die Selbstzufriedenheit, aber auch die Unzufriedenheit mit andern und das Übermaß von Ansprüchen. Aber woher mag dieses erhöhte Selbstgefühl kommen?

„Fast ohne Ausnahme ist das erhöhte Selbstgefühl mit dem Gefühle eines ungewöhnlichen körperlichen und geistigen Wohlbefindens verbunden, und der Maniakus kann oft nicht genug rühmen, wie ihm wohl sei, wie er seinen Körper gar nicht fühle, wie leicht ihm alles werde, wie wenig ihm jede körperliche oder geistige Anstrengung mache." [1] Das geistige Sichwohlfühlen erklärt sich zum Teil also aus der Leichtigkeit des Vorstellungsverlaufes.

Gegen äußere Einwirkungen reagiert das Gemüt des Maniakalischen oft auf ganz abnorme Weise. Zum Teil zeigt sich eine große Gleichgültigkeit, zum Teil eine außerordentlich heftige Reaktion. „Wie bei dem Zornigen jeder äußere Umstand, auch bei gänzlich mangelhafter Kausalbeziehung, einen erneuten und vermehrten Ausbruch des Zornes erzeugen kann, wie z. B. freundliches Bitten und Zureden ihn in Wut versetzt: ebenso sucht und findet der Maniakus wegen des vorherrschenden Dranges, seine innerlichen Gefühle äußerlich geltend zu machen, in allem, was ihn umgibt, was er sieht und hört, eine Veranlassung, sich seiner Leidenschaftlichkeit hinzugeben. Daher können Kleinigkeiten die ausgelassenste Freude, geringfügige Dinge den heftigsten Zorn hervorrufen ... erzeugen die verschiedenartigsten Einwirkungen ein und dieselbe Reaktion."

[1] Schlechtendahl a. a. O. 370.

Dagegen treten die höheren Einflüsse, Pflichtgefühl und Ehrgefühl, mehr und mehr zurück. Der Maniakus setzt sich über alles hinweg.

Wie ist nun die Manie zu erklären? Ist sie wirklich, wie Heinroth behauptete, eine Exaltation des Willens? ist der Wille pathologisch affiziert? Jedenfalls nur in sekundärer Weise; der Wille ist unfrei, nicht wegen innerer Nötigung desselben, sondern wegen des Mangels an Besonnenheit, welche bei dem immer erneuten Auftreten von Antrieben unmöglich wird. Dieser Mangel an Besonnenheit und dieses Auftreten von Impulsen weist aber zurück auf den beschleunigten Vorstellungsablauf, auf das gesteigerte Selbstgefühl und die an letztere anschließende stärkere Erregung des sinnlichen Begehrens. Diesem aber liegt offenbar eine organische Ursache zu Grunde. Die heitere Stimmung ist nicht primär seelisch begründet; denn es findet sich kein hinreichender Grund für sie, ausgenommen das organische Befinden; alles erscheint in rosigem Lichte, selbst der widrige Einfluß anderer, wie bei jenem maniakalischen Mädchen, das lachte, weil man sie ärgern wolle. Die naturgemäße Stufenfolge in dieser Krankheit ist also: Erregung des Organismus, Erregung des sinnlichen Erkennens, Steigerung des sinnlichen Begehrens, Unbesonnenheit, Mangel an Einfluß der Kritik, Herabsetzung der freien Willenstätigkeit. So gewinnt die maniakalische Erregtheit das Bild gesteigerter Leidenschaft. „In der Manie", sagt Esquirol, „erscheint die höchste Leidenschaft."

Häufig findet sich die maniakalische Erregung als Zustandsbild in andern geistigen Krankheiten. So stellt sie eine Einleitung und ein Abklingen der Tobsucht dar, bildet eine Zustandsphase im zirkulären und hysterischen Irresein. Sie leitet auch die allgemeine Paralyse ein, ist aber hier eigentümlich gefärbt durch die früh sich zumischenden Erscheinungen psychischer Schwäche. Als selbständiges Krankenbild erscheint sie in der Form periodisch wiederkehrender Anfälle, nur sehr selten als einmalige Wochen bis Monate dauernde Krankheit. Nach Krafft-Ebing würde das Charakteristische an der maniakalischen Exaltation gegenüber der Tobsucht darin bestehen, daß alle Bewegungsakte des Kranken noch psychisch vermittelt sind, das heißt in Vorstellungen und Wünschen ihren Grund haben, und zwar in solchen, deren der Kranke sich sehr wohl bewußt ist. Diese letzte Annahme hat jedoch ihre Schwierigkeiten.

§ 2. Die Tobsucht.

Die Grenzen zwischen bloßer maniakalischer Exaltation und Tobsucht sind fließend. Die Tobsucht kann in maniakalischer Exaltation ausklingen,

und umgekehrt kann maniakalische Exaltation in Tobsucht übergehen. Besonders leicht geschieht dieses letztere, wenn das Bedürfnis nach Genußmitteln und Nervenreizen den Kranken zu sexuellen und Alkoholexzessen führt. Trotz der Verwandtschaft ergibt sich aber doch ein verschiedenes Krankheitsbild.

Der Vorstellungsverlauf ist noch mehr beschleunigt als in der maniakalischen Exaltation. Mit enormer Raschheit drängt sich Vorstellung auf Vorstellung. Keine einzige Vorstellung kann mehr festgehalten werden. Es entsteht eine Ideenflucht oder vielmehr noch eine Ideenjagd. Kein logisches Band vermag mehr die Vorstellungen unter sich zu verknüpfen, und so ergibt sich die Verworrenheit der Ideen. Nicht einmal die rein natürliche Assoziation, die sich auf den Inhalt der Vorstellungen oder innere Verwandtschaft gründet, kann sich mehr behaupten; nur die Klangverwandtschaft der Wörter bewahrt noch eine Zeitlang ihre Kraft, so daß der Kranke nach Alliteration und Assonanz seine Worte aneinanderreiht. „Bruchstücke von Reden, abgerissene Worte, schließlich nur noch Interjektionen, Schreilaute als sprachliche Äußerungen bezeichnen wechselnde Höhegrade der tobsüchtigen Ideenflucht und Verworrenheit“ (Krafft-Ebing 327). Wir können dieses traurige Daniederliegen der höheren geistigen Tätigkeiten am leichtesten begreifen, wenn wir bedenken, daß beim Tobsüchtigen das Gehirn, welches ja den Vorstellungsprozessen dient, in steter organisch krankhafter Erregung ist. Massenhaft treten die Vorstellungen auf, nicht unter dem Eindruck äußerer Vorgänge, sondern spontan auf Grund der Erregung im Vorstellungsorgan. Sie sind also nicht psychisch, sondern zu ihrem größten Teile physiologisch vermittelt.

Von einer geordneten Auffassung kann da kaum mehr eine Rede sein. So muß es leicht, sehr leicht zu Illusionen kommen. Aber auch Halluzinationen sind nicht selten, wie man schon von vornherein annehmen kann. Am häufigsten sind Gesichtshalluzinationen. Zu ihnen gesellen sich die Wahnideen. Sie erheben sich auf dem Grunde der Illusionen und gewisser organisch bedingter, immer wiederkehrender Vorstellungen. Bei Frauenspersonen haben diese Wahnideen oft eine sexuelle oder eine religiöse Färbung.

Die affektive Seite des Seelenlebens zeigt beim Tobsüchtigen eine hochgradig gesteigerte Erregbarkeit. Die geringfügigsten Eindrücke sind von lebhaften Affekten begleitet. Im ganzen wiegen heitere, expansive Affekte vor, doch sind andere Affekte, besonders Zornausbrüche, nicht ausgeschlossen. Der bunte Wechsel der Vorstellungen bringt ja auch die verschiedensten Affekte mit sich, und so ist es nicht zu verwundern, wenn auch die ver-

schiedenartigsten Affekte im bunten Wechsel sich folgen. Was aber im Innern vorgeht, das äußert sich auch in Miene, Wort und Werk rückhaltlos beim Tobsüchtigen; für ihn gibt es ja keine inneren hemmenden Schranken: „Tolle Lustigkeit und maniakalischer Jubel wechseln — mit Phasen zorniger Erregung und schmerzlichen Jammerns; Singen, Pfeifen, Schreien, Johlen werden abgelöst von Heulen und wutartigem Toben. Oft genügt ein flüchtiger äußerer Eindruck, um bei der psychischen Hyperästhesie sofort die Stimmung in eine gegensätzliche umschlagen zu machen" (Krafft-Ebing 326).

Was der Tobsucht aber ihr eigentliches Gepräge gibt, ist die motorische Seite im Seelenleben des Tobsüchtigen: „Der Kranke ist, sofern nicht Erschöpfungspausen dazwischentreten, in steter Aktivität, und es gibt keine Gruppe willkürlicher Muskeln, die nicht eine nach der andern in Aktion versetzt würde. Die Bewegungsakte des Kranken sind sehr verschiedenartig motiviert. Im Übergang der maniakalischen Exaltation zur Tobsucht und in den Remissionen dieser können noch ‚Handlungen' vorkommen. Indem deren auslösende Vorstellungen aber mit zunehmender Beschleunigung der psychischen Vorgänge und mit zunehmender Trübung des Bewußtseins immer weniger deutlich bewußt werden, sinken jene immer mehr zur Bedeutung impulsiver Akte herab" (ebd. 327). Auf der Höhe der Tobsucht aber verschwinden mehr und mehr jene Bewegungsakte, die in eigentlichen Affekten ihren Grund haben, um einem rein organisch durch Erregung der motorischen Zentren bedingten Bewegungsdrange Platz zu machen. Dagegen treten oft noch Handlungen zu Tage, die in Illusionen und Halluzinationen ihren Grund haben. Die Patienten machen drohende, abwehrende, aber auch freudige Gebärden und Bewegungen, als sähen sie Freund oder Feind vor sich. Eine sehr dunkle Seite im Krankheitsbilde der Tobsucht ist nicht selten die Erregung der Geschlechtssphäre. Sie kann so sehr in den Vordergrund treten, daß sie dem ganzen Bild den abschreckendsten Charakter verleiht (Satyriasis und Nymphomanie).

Die Tobsucht kann durch ein Stadium melancholischer Verstimmung, der Stupidität oder auch der maniakalischen Exaltation allmählich in Genesung übergehen, aber auch mit einem dauernden geistigen Schwächezustand (terminaler Schwachsinn oder Blödsinn) enden.

Folgende Krankengeschichte (Krafft-Ebing 334) möge zugleich ein Beispiel der Tobsucht und des pathologischen Zornes sein:

„W. S., 17 Jahre alt, hat einen Trunkenbold zum Vater. Mehrere ihrer Geschwister litten an Konvulsionen. Ein Jahr alt erkrankte sie am Typhus,

dann litt sie an Rhachitis. Erst im vierten Jahre lernte sie wieder gehen. Sie entwickelte sich geistig gut, bot aber von jeher ein zorniges, reizbares, empfindliches Wesen. . . . Am 10. Mai 1878 kam sie zu einer Schneiderin in die Lehre. Am 12. geriet sie in Zorn über eine Kollegin, die sie aufforderte, Geschirr zu waschen. Sie empfand dies als eine schwere Beleidigung, geriet in heftigen Zornaffekt. . . . Die zornige Erregung steigerte sich, sie wurde schlaflos, mußte immer an den Konflikt mit der andern denken. Am 19. besuchte sie eine befreundete Familie, kam gleich auf ihre Affäre zu sprechen, erschien ganz wirr und bedenklich erregt. Als man ihr das beständige Räsonieren verwies, geriet sie in maßlosen Zornaffekt, schimpfte, fluchte, ereiferte sich, daß sie von allen gekränkt werde, lief im Affektsturm fort, kam erst spät abends heim, mit rotem Kopf scheltend, räsonierend, sie lasse sich nicht zurechtweisen. Sie schlief nicht, aß nicht, drängte fort, und als man sie nicht fortließ, schlug sie alles kurz und klein.

Bei der Aufnahme ist Patientin in zorniger Tobsucht. Maßloser in massenhaften unangenehmen Reproduktionen sich bewegender, sehr abspringender Redeschwall, lebhafte Gestikulation. Jeder Versuch, sie zu beruhigen, steigert nur die Aufregung. Sie überschüttet die Umgebung mit einer Flut von Schimpfworten. Sie sei nicht mehr krank, wohl aber habe sie in letzter Nacht nach einem Ärger einen Anfall von Wahnsinn bekommen, Hitze im Kopf verspürt und nicht schlafen können. Als man sie entkleiden will, gerät sie in heftigen Zorn, spuckt, tritt, wehrt sich, wie sie nur kann, und droht, alles in die Zeitung zu geben. Sie bleibe nicht bei solchen Narren, und wenn sie sich herbeilasse, zu bleiben, so solle man sie nobel verpflegen. . . . Patientin bleibt auf der Höhe einer zornigen Tobsucht bis Ende Juni. Sie schläft wenig, kommt auf 29 Kilo herunter.

Ein erhöhtes Selbstgefühl, das in gezierter Sprache, nobeln Attituden und Vornehmtuerei seinen Ausdruck findet, hie und da sich auch mit Spuren von Erotismus und Koketterie verbunden zeigt, bildet die hervortretendste Erscheinung in den Zeiten der Remission. Meist ist aber Patientin in zorniger Erregung. Sie schimpft, rennt in der Zelle herum, zerreißt, schmiert, zerstört ab und zu, apperzipiert die Umgebung feindlich, ist höchst verworren in ihrem Gedankengang, der sich wesentlich um frühere Kränkungen, Zurücksetzung, Unzufriedenheit mit der Kost, Wartung, Isolierung u. dgl. dreht. . . . Im Juli . . . ruhig, erschöpft, wortfaul. Im September wird sie als vollkommen genesen entlassen."

Auch psychologisch dürfte es interessant sein, zu bemerken, daß das Bild des Rausches ein Spiegelbild maniakalischer Exaltation gesteigert bis zur Tobsucht darstellt (Krafft-Ebing 32). Die erste Wirkung des Alkohols entspricht einer leichten maniakalischen Erregung. Dann erlöschen wie beim Tobsüchtigen Sinn und Gefühl für Anstand und gute Sitte, der Trunkene tobt und wütet, ja wo eine gewisse Veranlagung vorliegt, spielt sich der Rausch selber als transitorische Tobsucht ab. Es folgen Sinnestäuschungen und Verworrenheit. Das Ende ist ein Schwächezustand.

Das Gesagte dürfte darauf hinweisen, daß häufig wenigstens die maniakalische Stimmung und ihre Affekte einfach aus der organischen Verfassung sich herausarbeiten und nicht etwa freudige Ereignisse 2c. oder begründete Affekte der Freude der Grund der maniakalischen Erregung bilden. Auch der Umstand, daß so selten freudige Affekte ein Irresein herbeiführen, daß eine reine maniakalische Erregung als Einzelkrankheit selten ist, dagegen bei Belasteten eine periodische Manie sich einstellt, dürfte in der gleichen Art und Weise gedeutet werden.

Manie sowohl wie Melancholie kommen nicht bloß als Einzelkrankheit vor, sondern erscheinen häufig als Zustandsbilder im periodischen Irresein, im Irresein der Epileptiker, der Hysterischen, der Trunkenbolde, endlich auch im Greisenirrsinn.

Viertes Kapitel.

Die Stupidität oder primäre heilbare Dementia.

(Krafft-Ebing 336 ff.)

Diese Krankheit ist durch ein doppeltes Merkmal ausgezeichnet:

1. Der Ablauf der seelischen Funktionen ist erschwert oder sogar aufgehoben. 2. Die Affekte fehlen. Dieses zweite charakteristische Merkmal unterscheidet die Stupidität von der melancholia cum stupore. Die psychischen Leistungen scheinen suspendiert. Zu Grunde liegt entweder Erschöpfung des Gehirns oder Erschütterung desselben, sei es durch gewaltige Affekte, sei es durch Verletzungen des Kopfes (trauma capitis).

Wenn Erschöpfung des Gehirns zu Grunde liegt, so entwickelt sich das Krankheitsbild nur allmählich. „Der Kranke wird von Tag zu Tag langsamer und schwerfälliger in seinem Denken und Leisten, er bleibt, wie träumerisch in Gedanken versunken, stundenlang auf einem Fleck stehen, schläft bei der Arbeit. Nach einigen Tagen bis Wochen tritt ein völliges Versinken in einen Zustand stuporöser Dementia ein, in welchem Patient seiner selbst und der Außenwelt kaum mehr bewußt, aller Spontanität verlustig ist und nur noch ein vegetierendes Leben führt. Der Kranke muß zu allem, selbst dem Nötigsten geschoben werden. Das vorgesetzte Essen apperzipiert er kaum, man muß es ihm in den Mund schieben, damit wenigstens Reflexe angeregt werden und so der Schlingakt zu stande kommt." Die verworrene, ausdruckslose Miene, der verglaste, ins Leere stierende Blick zeigen, wie sehr die psychischen Funktionen gehemmt sind. Die Störung des Bewußtseins geht sehr tief; der Kranke ist unrein und merkt es nicht; der Speichel rinnt aus seinem Munde. Die Empfindlichkeit ist herabgesetzt,

meist ganz erloschen. Äußeren Eingriffen setzt der Kranke keinen Widerstand entgegen, selbst starke elektrische Reize machen keinen Eindruck. Auch die Reflexe scheinen zum großen Teil herabgesetzt.

„Nimmt das Leiden einen günstigen Ausgang, so werden die Remissionen dauernder und tiefer. Die Miene belebt sich, der Kranke beginnt einzelne Worte und Sätze zu sprechen, anfangs imitatorisch, später spontan Bewegungen auszuführen. Er fängt nun auch an, seine psychisch-motorische Unfähigkeit schmerzlich zu empfinden. Diese Besserungen sind ruckweise, jeweilen von temporären Erschöpfungszuständen wieder gefolgt. Erst ganz allmählich . . . stellt sich die Genesung her. Die Erinnerung für die Krankheitsperiode fehlt gänzlich oder ist nur eine höchst summarische."

Ist die Stupidität durch psychisch lähmende Affekte hervorgerufen, so ist der Ausbruch der Krankheit immer ein plötzlicher. „Sie beginnt unmittelbar mit Stupor oder entwickelt sich aus einem Stunden bis Tage währenden Zustand von pathologischem Affekt oder ängstlicher Verwirrtheit mit oder ohne Delirien und Sinnestäuschungen. Es gibt leichtere Fälle von bloßer Verwirrtheit oder geistigem Torpor, und schwerere von tiefer geistiger Umnachtung bis zu Stupor.

Auch infolge von Kopfverletzungen (trauma capitis — commotio cerebri) kann die primäre oder heilbare Dementia auftreten. Wenn die Funktionen der subkortikalen und automatischen Zentren bereits wiederhergestellt sind, kann sich die Erschütterung, welche das Gehirn erlitten, noch immer in Störungen der Hirnrinde kundgeben.

So erzählt Krafft-Ebing (S. 345 f) von einem Knecht H., der am 6. Juni 1887 von einem Mitknecht mit einem Scheit auf den Kopf geschlagen wurde. Er stürzte bewußtlos zusammen. Als ihn die Gerichtsärzte am 8. untersuchten, fanden sie ihn noch bewußtlos, nur unartikulierter Laute fähig. Am 10. wurde er in die Grazer chirurg. Klinik gebracht. Er schien die Fragen nicht zu verstehen, nichts zu begreifen, gab als seinen Namen „Franz Mehlmauer" an, war aber sonst fieberlos und vegetativ ganz normal. Beim Gehen taumelte er wie ein Betrunkener, verharrte sonst in stupider Ruhe. Am 14. mußte er auf die psychiatrische Klinik gebracht werden. Er ist stupid, unorientiert, gibt ganz unverständliche Antworten, muß selbst zu dem Nötigsten angehalten werden, nimmt von der Außenwelt keine Notiz. Noch am 16. ist er worttaub nnd seelenblind.

Am 21. begannen nach einem Ohrfluß (Otorrhoe) die optischen und akustischen Zentren wieder zu wirken. Aber die Aphasie blieb noch. Nach der eigenen Erzählung des Kranken bemerkte er am 22. Juni plötzlich, daß man ihm Essen vorsetzt, daß er sich in einem Bett befinde. Am 23. und 24. habe er sich bei der Umgebung erkundigt, wo er sei und was mit ihm vorgefallen. Allmählich habe er sich selbst wieder an alles erinnert. Am 24. erkannte

Patient auf einer Uhr die Stunde, ward sprachlich freier, zeigte sich aber immer noch verwirrt und desorientiert. So glaubte er noch am 26. Juni, er sei daheim, es sei der 4. oder 5. August. Die Erinnerung fehlt; er versteht die Fragen und Gegenstände, kann aber das rechte Wort nicht finden. 28. Juni. Denken freier, aber noch erschwert und langsam. 2. Juli. Der Kranke kann sich zeitlich und örtlich wieder orientieren. Die Erinnerung für das Trauma und seine Umstände kehrt mit allen Einzelheiten wieder. Volles Wohlbefinden.

Viel trauriger und sozusagen aussichtslos gestaltet sich hingegen das Bild der dementia progressiva paralytica, auf welches wir weiter unten zurückkommen werden.

Fünftes Kapitel.

Der halluzinatorische Wahnsinn[1].

(Krafft-Ebing 347. Siemerling, Amentia in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgeg. von Binswanger und Siemerling 171 ff.)

Gleichwie das Krankheitsbild der Stupidität sich entwickelt aus funktioneller Schwäche des Nervensystems und speziell des Gehirns, so steht auch der halluzinatorische Wahnsinn ganz auf dem Boden der Schwäche des Nervensystems. Während jedoch die Gehirnerschöpfung bei der Stupidität kontinuierlich die psychischen Prozesse herabsetzt, ja bis zur gänzlichen Aufhebung derselben führt, finden wir eine solch tiefe Herabsetzung beim halluzinatorischen Wahnsinn nur selten und episodisch. Ja das Auftreten von Reizvorgängen, namentlich in den Sinneszentren des Gehirns — weniger in den psycho-motorischen Gebieten —, und die so heraufbeschworenen Halluzinationen, Illusionen und Wahnvorstellungen bedingen ein total verschiedenes Bild der zwei in ihren Ursachen so nahestehenden Krankheiten, der Stupidität und des halluzinatorischen Wahns.

Der halluzinatorische Wahn entwickelt sich bei einem leicht erschöpfbaren, widerstandsunfähigen Gehirn. Diese Hirnschwäche ist entweder begründet in neuropathischer Konstitution oder erworben durch geistige oder körperliche Überanstrengung, durch Exzesse in vino et venere, schlechte Lebensverhältnisse, Krankheiten oder Zustände, welche die Gesamternährung schädigen. Häufig finden sie sich im Gefolge von fieberhaften Erkrankungen (als postfebrile Psychosen), und die Übergänge von flüchtigen Delirien, wie

[1] Andere Autoren nennen ihn akute primäre Verrücktheit (Westphal), halluzinatorische Verwirrtheit oder mania hallucinatoria (Mendel), illusional stupor (Newington). Siemerling faßt unter dem Ausdruck Amentia sowohl die primäre heilbare Dementia als den halluzinatorischen Wahnsinn zusammen.

sie sich bei fieberhaften Krankheitsprozessen und infolge von Erschöpfungen zeigen, zu diesen geistigen Erkrankungen sind jedenfalls sehr fließend.

„Schlaflosigkeit oder unerquicklicher Schlaf mit ängstlichen Träumen und häufigem Aufschrecken, nervöse Erregtheit, Gereiztheit, ängstliche Beklommenheit, Kopfweh, Schwindel, Verstimmung, Erschwerung und Konfusion des Vorstellungsablaufes, einzelne desultorische Sinnestäuschungen sind fast konstante Erscheinungen des sich entwickelnden Krankheitsbildes. Der Anstieg zur Höhe wird rasch unter sich häufenden Sinnesdelirien erreicht. Hauptsymptome auf der Höhe des Leidens sind jedenfalls Sinnestäuschungen, und zwar Illusionen und Halluzinationen. Sie betreffen, namentlich in akuten Fällen, vorwiegend Gesicht, dann Gehör, Gefühl, Geruch, Geschmack." Häufig sind ausgesprochene Störungen des Gemeingefühls vorhanden. Bei akuten stürmischen Fällen erfolgt ein kaleidoskopischer Wechsel von halluzinatorisch-illusorischen Situationen. Bei mehr chronisch verlaufenden Fällen treten die Sinnestäuschungen nicht so massenhaft und mehr episodisch auf, so daß sich Delirien (Wahnideen) von einiger Dauer und Zusammenhang entwickeln können.

Zwei Merkmale charakterisieren den halluzinatorischen Wahn:

a) Sinnestäuschungen liegen ihm zu Grunde,

b) den Wahnideen fehlt die Systematik.

Mögen die Wahnideen bei solchen Kranken inhaltlich auch noch so sehr denen des „Verrückten" gleichen, zur Schaffung eines förmlichen Wahngebäudes, zu einer andauernden Änderung der Persönlichkeit im Sinne der Delirien kommt es nicht.

In innigem Zusammenhang mit den massenhaft auftretenden Sinnestäuschungen steht die Trübung des Bewußtseins bei dem von halluzinatorischem Wahnsinn Befallenen. Der Kranke ist nicht orientiert weder in Bezug auf Zeit noch Ort. Infolge der Schwäche des Gehirns ist eine getreue Auffassung der eigenen Lage fast zur Unmöglichkeit geworden; die schon so wie so schwache Aufmerksamkeit des Kranken ist durch die beständig eintretenden Sinnestäuschungen noch mehr abgelenkt. Er verkennt die Personen seiner Umgebung und deutet die Sinneseindrücke in wahnhafter Weise. Vorübergehend kann es so weit kommen, daß der Kranke Gegenstände sieht, aber sie nicht mehr erkennt; Worte hört, aber sie nicht mehr versteht — er ist seelenblind und -taub geworden. Das stetig sich erneuernde Andringen von Sinnestäuschungen macht die logische Verknüpfung überdies sozusagen zur Unmöglichkeit, und damit erscheint auch die Merkfähigkeit tief geschädigt.

Beim halluzinatorischen Wahn finden wir sehr oft lebhaft hervortretende, aber wechselnde Stimmungen, Affekte und Handlungen. Auch ihnen drücken die Sinnestäuschungen den eigentümlichen Stempel auf. „Nicht selten finden sich auf Grund schreckhafter subjektiver Vorgänge und feindlicher Apperzeption große Gereiztheit, gefährliche Angriffe auf die Umgebung, selbst auf das eigene Leben und verzweifelte Fluchtversuche. Häufig besteht Nahrungsverweigerung im Zusammenhang mit Vergiftungsdelir und Sinnestäuschungen." „Auch die Handlungen der Kranken sind vielfach eine Folge der Halluzinationen und wie diese abgerissen und ohne Zusammenhang ganz planlos und verkehrt." Vielleicht hat Siemerling nicht unrecht, wenn er die verschiedenen Störungen wenigstens vielfach als bloß koordinierte Erscheinungen der Gehirnstörung auffaßt.

Sechstes Kapitel.

Katatonie und periodisches Irresein.

§ 1. Die Katatonie oder das Spannungsirresein.

(Krafft-Ebing 370 ff; vgl. S. 88. Kraepelin, Psychiatrie II[7] 209 ff.)

Das Krankheitsbild der Katatonie entwickelt sich im Anschluß an die Pubertätsjahre und erscheint selten mehr nach dem 25. Jahr.

Den Ausgangspunkt bildet ein Zustand von Nervenschwäche, welche allmählich in seelische Depression übergeht. Es stellen sich Sinnestäuschungen ein, an die sich halluzinatorischer Wahn anschließen kann. Die Wahnideen sind vorwiegend hypochondrisch, melancholisch, dabei bizarr, läppisch, ungeheuer zerfahren. Meist sind sie erotisch, zuweilen religiös gefärbt. Das Bewußtsein ist immer getrübt, vielfach auf eine Vorstellungsreihe fixiert, nur um eine Situation sich drehend, und erinnert an hypnotische Zustände, nur vorübergehend hellt es sich auf. Dagegen sind Gedächtnis und Merkfähigkeit auffallend geschont.

Nun entwickeln sich eigentümliche Anomalien der Innervation, die das Gepräge der Hemmung und Spannung tragen. Die Glieder scheinen zu erstarren. Der Kranke setzt der Bewegung passiven Widerstand entgegen oder leistet die entgegengesetzte Bewegung, schweigt beharrlich, weigert sich, Nahrung zu nehmen (Negativismus und Mutazismus). Daneben schneidet der Kranke Grimassen, nimmt allerlei wunderliche Posen, „Manieren" an und produziert sich in eigenartigen plastischen Stellungen. Er fällt plötzlich auf den Boden und bleibt starr in der Lage eines Gekreuzigten; oder er nimmt eine Ausfallstellung an, spielt Wache u. dgl.

In einem weiteren Stadium gehen entweder spontan oder auf Suggestion diese motorischen Leistungen in andere über. Sie sind also seelisch bedingt gewesen. An Stelle des passiven Widerstandes und des stummen Schweigens treten das Nachsprechen und Nachmachen (Echolalie und Echopraxie) sowie die mechanische Ausführung aller Befehle und das kataleptische Verharren in den gegebenen Stellungen. Dann lassen diese Zustände für einige Zeit nach, Erschlaffung tritt ein. Oft folgen unvermittelt Erregungszustände. Hier besteht vielfach stereotyper, einförmiger Drang zu bestimmten Bewegungen, Laufen, Hüpfen, Purzelbaumschlagen, Deklamieren, Brüllen, Nachahmen von Tierstimmen usw. in endloser Wiederholung. Im Hintergrund dieses Bewegungsdranges finden sich oft einzelne Empfindungen, Stimmungen und Affekte, Sinnestäuschungen und Wahnideen. Daneben erscheinen ganz unvermittelt plötzlich impulsive Akte, Gewalttaten gegen sich und andere. Ein geordnetes, zusammenhängendes Denken ist unmöglich geworden. Beständig drängen sich Wahnideen ein, und auf diesen aufgedrungenen Vorstellungen und Situationen bleibt dann die Phantasie wie fest gebannt. Das Selbstbewußtsein ist getrübt, und bald muß die Urteilsfähigkeit erlahmen. Der Stimmungswechsel ist groß. Aber die Stimmungen und Affekte sind, ähnlich wie im Traume, nur oberflächlich. „Durch den kaleidoskopisch wechselnden Inhalt des Fühlens und Vorstellens, die Gebundenheit und Zerfahrenheit der Persönlichkeit, die gemütliche Stumpfheit, die unberechenbaren Handlungen, erhält das gesamte Krankheitsbild ein eigentümliches, an Bilder des degenerativen Irreseins gemahnendes Relief" (Krafft-Ebing). Nach Kraepelin endet über die Hälfte der Kranken in eigenartigem Blödsinn.

§ 2. Das periodische Irresein.

(Krafft-Ebing 426. Westphal, Periodische Geistesstörungen in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgeg. von Binswanger und Siemerling 103 ff.)

Ein schlimmes Zeichen ist es, wenn die bis jetzt behandelten Krankheitsformen als Zustandsbilder periodisch auftreten und dadurch zeigen, daß ihre Wurzeln tief im Organismus wurzeln. Dann ergibt sich eine periodische Melancholie, eine periodische, wenn auch leichte maniakalische Erregung, ein periodischer Wahnsinn oder aber ein zirkuläres Irresein, in dem Zustandsbilder der Melancholie mit solchen der Manie oder diese mit denen des Stupors sich ablösen. Die einzelnen Anfälle sind durch freie Zeiten voneinander getrennt. „Die Gesamtpersönlichkeit ist im Paroxysmus mimisch und psychisch eine ganz andere als im Intervall — es handelt sich um zwei ganz verschiedene Persönlichkeiten" (Krafft-Ebing 429).

In der Zwischenzeit ist der Patient keineswegs psychisch ganz normal. Entweder bestehen Neurasthenie, Hysterie und Epilepsie als Teilerscheinungen neuropathischer Belastung weiter oder es zeigen sich geistige Erschöpfung und reizbare Schwäche als Nachzügler eines abgeklungenen Anfalles oder endlich als Vorboten eines drohenden Anfalles bzw. als Anfall, der nicht ganz seine Höhe erreicht.

Wo Manie und Melancholie periodisch wechseln, wird man von selbst an die Tatsache erinnert, „daß bei vielen erblich belasteten Individuen ein periodischer Wechsel zwischen Depression und Exaltation habituell ist". Das legt die Möglichkeit nahe, das zirkuläre Irresein als eine Steigerung dieses pathologischen Stimmungswechsels aufzufassen. In allen Fällen, bei welchen sich die Verhältnisse bei Eltern und Voreltern bzw. deren nächsten Verwandten erforschen ließ, zeigte es sich, daß erbliche Belastung zu Grunde lag (Krafft-Ebing 438 f).

Merkwürdig ist, daß sich die Bilder der Manie und Melancholie in dem sog. zirkulären Irresein nicht rein wiederfinden[1]. Das reine Bild der Melancholie lautet: deprimierte Stimmung, Denkhemmung, Hemmung der spontanen Bewegung. Das reine Bild der Manie heißt: „Gehobene Stimmung, Ideenflucht, gehobene spontane Beweglichkeit." Nun treten im zirkulären Irresein Mischzustände auf, bei denen das eine oder andere der Symptome mit dem eines andern Zustandsbildes wechselt. Besonders interessant sind der manische Stupor, wo bei heiterem Affekt das Denken und die spontane Bewegung erschwert sind; die agitierte Depression, wo neben gedrückter Stimmung Ideenflucht und gesteigerte Spontanbewegung besteht; die unproduktive Manie, wo bei heiterem Affekt und gesteigerter Beweglichkeit eine Denkhemmung besteht. Solche Mischzustände können für längere Zeit das Krankheitsbild beherrschen.

Siebtes Kapitel.

Die Verrücktheit (paranoia).

(Krafft-Ebing 381 ff. Siemerling, Die Paranoia, in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgeg. von Binswanger und Siemerling 132 ff.)

§ 1. Das Krankheitsbild.

Die Paranoia, auch primäre Verrücktheit genannt, entwickelt sich gewöhnlich auf dem Grunde erblicher Belastung oder Krankheiten im Kindes-

[1] Vgl. Weygandt, Mischzustände des manisch depressiven Irreseins, 1899. Viele, unter ihnen auch Westphal, ziehen es vor, mit Weygandt von einem mechanisch-depressiven Irresein zu sprechen und die streng zirkulären Formen als eine kleine Gruppe aus dieser Krankheit aufzufassen.

alter, welche das Wachstum und die Entwicklung des Gehirns stören und so geistige Schwächezustände im Gefolge haben.

Das charakteristische Merkmal derselben sind die Wahnideen und deren Verknüpfung zu einem eigentlichen Wahnsysteme. Die Wahnideen des Paranoikers sind nicht etwas aus der krankhaften Stimmung Herausgearbeitetes wie die Wahnideen der Melancholischen und der Maniakalischen. Sie sind direkte Schöpfungen des Gehirns. Nicht bewußte Reflexion ist dabei zunächst im Spiele, sondern vielmehr unbeachtete Vorgänge im eigenen Innern.

Im Anfangsstadium sucht der Paranoiker hinter den äußeren Erscheinungen etwas, was sie nicht haben, alles setzt er in Beziehung zu sich selber. Er meint, es liege etwas gegen ihn vor; jedermann schaue auf ihn. Halb unbewußt spinnen sich diese Gedanken weiter und legen so den Grund zu einer späteren Wahnidee. Vermutungen und Ahnungen eigentümlicher Art steigen auf. Die Wahrnehmungen sind illusorisch umgestaltet. Träume und Bilder des Halbschlafes verknüpfen sich mit ihnen, nicht selten treten bei der vollen Entwicklung Gehörshalluzinationen hinzu. Endlich steigert ein überraschendes, wenn auch zufälliges Ereignis mit einem Schlag die Vermutung zur Gewißheit. Der Kranke gerät vielleicht in Erregung, aber der Wahn ist fertig. Mit der Kritik und der Besonnenheit ist es nun vorbei.

Bei dem Heitergesinnten ist es die Wahnidee, Kaiser oder König zu sein, die sich allmählich herausarbeitet und dann den Kristallisationspunkt für das ganze Wahnsystem wird; dem Traurigen kommt die Idee, verfolgt und gehaßt zu sein. Um die herrschende Idee gruppiert sich dann alles. Vor den urverrücktesten Beziehungen schreckt der Geist des Paranoikers nicht zurück; er weiß alles in sein System zu fügen. Empfindungsanomalien, Sinnestäuschungen, Personenverwechslung, Mißdeutung von Gelesenem, Gedächtnistäuschungen usw. wirken zur weiteren Ausgestaltung des Wahnsystems mit. Der Kranke ist in eine ganze Welt des Irrtums versetzt, und hier kann dann die logische Reflexion weiter arbeiten. Gewöhnlich sucht er auch die Rolle zu spielen, welche seine Wahnidee ihm auferlegt. Ficht man ihn an und äußert Zweifel an seinem Tun, so beruft er sich auf seine Idee wie auf eine ausgemachte, unumstößliche Tatsache. Die Affekte des Kranken richten sich nach seinen Wahnideen: Angst und Verzweiflungsausbrüche bei dem einen, Affekte der Begeisterung bis zur Ekstase bei einem andern. Der Kranke kann übrigens in andern Sachen leidlich korrekt denken, solange die Wahnidee nicht mitspielt. Zu-

weilen findet sich aber auch eine recht gewandte Verstellung dieser Patienten. Sie wissen sich nach Umständen gut zu beherrschen und den Wahn zu verbergen. Höchstens in affektvollen Erregungen verraten sie sich und enthüllen ein weiteres Bruchstück ihrer Leidens- oder Heldengeschichte. Völlige Genesung scheint verhältnismäßig selten. Es können zwar Zeiten kommen, in denen die Wahnideen völlig zurücktreten, und diese Intervalle können über Jahresfrist sich erstrecken. Aber meistens setzt die Paranoia wieder ein, und zwar an jenem Punkte der Entwicklung, an welchem sie früher stehen geblieben war. „Der endliche Ausgang der Paranoia sind psychische Schwächezustände, die sich jedoch mehr in gemütlicher Stumpfheit als durch intellektuelle Defekte kundgeben und jedenfalls die früheren artistischen und gewerblichen Fähigkeiten dieser Kranken sowie ihr Vermögen, zu urteilen und zu schließen, leidlich unversehrt lassen. Diese Verfolgten, Helden, Götter und Majestäten des Irrenhauses bleiben oft bis an ihr Lebensende geschätzte Professionisten und Feldarbeiter des Asyls, das für sie zur zweiten Heimat geworden ist, um so mehr, als die Wahnideen allmählich erblassen, die Halluzinationen seltener werden und beide ihre affekterregende Wirkung einbüßen" (Krafft-Ebing).

Die Paranoia kann sehr frühe eintreten, noch vor der Pubertätsentwicklung. Die Wahnideen drehen sich dann häufiger um vornehme Abkunft, Stand und Amt. Gewöhnlich jedoch ist die Paranoia erst später erworben oder tritt wenigstens später in die Erscheinung. Bei ihr herrschen die Wahnideen depressiver Natur vor. Der Kranke glaubt sich verfolgt, und diese Verfolgung richtet sich entweder gegen Leben und Gesundheit (eigentlicher Verfolgungswahn, zuweilen, wenn auch seltener, mit ausgesprochen sexueller Färbung als Eifersuchtswahn) oder gegen zeitliche Güter (Querulantenwahnsinn der Prozeßkrämer). Beim Verfolgungswahn kann es besonders unter der Einwirkung von Gehörshalluzinationen zu Verbrechen kommen, die vom Verfolgten als Akte der Notwehr betrachtet und mit kaltem Blute am hellen Tage ausgeführt werden. Der Zustand dieser Kranken geht entweder direkt in Schwäche über oder es tritt vorher eine Umgestaltung des Wahnes ein. „Die bisher unterdrückten, verfolgten Kranken werden Fürsten, Kaiser, Gott, Messias, Weltregierer, Himmelskönigin. Diese interessante Umwandlung der Persönlichkeit findet sich mindestens in einem Drittel der Fälle und, soweit meine bisherige Erfahrung reicht, ausschließlich bei hereditären Fällen. Die Gesetzmäßigkeit des Vorgangs ist zweifellos, seine Begründung aber vorläufig nicht zu geben."

Der expansive Wahn äußert sich in drei nach seinem Inhalt verschiedenen Formen: im Erfindungs- und Reformwahn, im religiösen Wahn, im Liebeswahn. Alle drei Formen haben das Gemeinsame, daß der Kern des ganzen Wahns darin besteht, eine besonders bedeutende Persönlichkeit zu sein. Der erste wird zum Weltverbesserungswahn; der zweite zum Wahn eines außerordentlichen göttlichen Berufes; der dritte zum Wahn, der Gegenstand der Liebe einer gesellschaftlich hochstehenden Person zu sein. Alle drei Formen sind auch zum Teile schon früh im Charakter der betreffenden Kranken zu Grunde gelegt. Es handelt sich immer um solche, die schon frühzeitig sich etwas dünken, als „Genies" figurieren und hochfliegen wollen, oder, die Religion nicht von der rechten Seite und in ihrem innersten Wesen erfassend, ein religiös-exzentrisches Wesen an den Tag legen, oder endlich durch eine weichliche, sentimentale Gefühlsrichtung die Anomalität ihres Charakters kundgeben.

Gerade so wenig, als wir uns wundern, wenn ein roher und egoistischer Prozeßkrämer schließlich dem Querulantenwahnsinn verfällt, bei einem mißtrauischen und verschlossenen Individuum der Verfolgungswahn sich ausbildet, ebensowenig dürfen wir staunen, wenn ein religiös-exzentrischer Mensch zuletzt als vermeintlicher Prophet und Religionsstifter im Irrenhaus endet. Aber bestimmen, was religiös-exzentrisch sei und was nicht, dazu hat jedenfalls der keine Qualifikation, der sich sein Lebtag nie um positive Religion gekümmert hat.

Auf dem Boden der allgemeinen Nervenschwäche und vor allem auf Grundlage der sexuellen Neurasthenie entwickelt sich ein ganz eigentümliches Bild: paranoia masturbatoria. Die charakteristischen Züge desselben in seinem Verlaufe sind: „physikalischer" Verfolgungswahn, Geruchshalluzinationen, Angstanfälle. Der Kranke deutet die Anomalien in seiner Empfindung, die spontanen Schmerzen, die überreizte Tätigkeit seiner Sinnesorgane als Beeinflussung seiner Feinde. Ist er ein Gebildeter, so arbeiten seine Feinde an ihm mit geheimnisvollen Maschinen, mit Elektrizität und Magnetismus; ist er ungebildet, so glaubt er sich von Hexen verfolgt, durch sympathische Mittel beeinflußt, mit giftigen Dünsten angeblasen, mit Gift beworfen. Der Hintergrund der Hyperästhesien, gesteigerten Reflexerregbarkeit, die bis zu Krämpfen sich ausbilden kann, der Halluzinationen des Geruchs und des Gesichtes ist hier die Überreizung des Zentralnervensystems durch die masturbatorischen Exzesse. Auch hier transformiert sich nicht selten der Verfolgungswahn in Größenwahn; aber viel früher als in andern Formen setzen dann psychische Schwächezustände an.

§ 2. Wahnideen bei intakter Urteilsfähigkeit.

Das große Rätsel liegt nicht so sehr in der Frage: Wie können Wahnideen entstehen? sondern wie können sie entstehen, obwohl die Urteilskraft intakt erscheint, und warum werden sie nicht korrigiert?

Wir setzen voraus, daß in den ersten Stadien der Paranoia, der eigentlichen Verrücktheit, eine allgemeine geistige Schwäche nicht bemerkbar ist, daß der Kranke Logik zeigt, Logik in der Systematisierung seines Wahns, Logik in der Verteidigung seines Wahns. Wir setzen voraus, man gebe ihm die Daten an die Hand, um seinen Wahn zu korrigieren, wir setzen endlich voraus, daß der Kranke von keinem Affektzustand so fortgerissen sei, daß er die nötige Besonnenheit verloren habe. Warum bleibt sein Wahn unkorrigierbar? Suchen wir uns zuerst an einem klaren Beispiel des Verfolgungswahns das Entstehen desselben im einzelnen Falle klar zu machen. Das wird uns den Weg zu einiger Beantwortung unserer Frage zeigen. Das Beispiel entnehmen wir Störring (S. 334), dem wir eine Reihe sehr guter Bemerkungen verdanken.

„Der Kranke, ein Reisender für ein großes kaufmännisches Unternehmen, hatte seit Jahren begründetes Mißtrauen gegen einen Prokuristen seines Geschäftes. Der betreffende Prokurist suchte notorischerweise dem Chef gegenüber diejenigen Angestellten in gehässiger Weise zu verkleinern, von denen er Konkurrenz fürchten zu müssen glaubte. Da sich unser Kranker nun durch seine Leistungen besonders auszeichnete, indem er zeitweilig den größten Umsatz erzielte, so waren seine Handlungsweisen häufig Objekte mißgünstiger Beurteilung. Patient hatte deshalb seit Jahren begründetes Mißtrauen diesem Manne gegenüber gehabt. Nun kam Patient infolge unregelmäßigen Lebens und angestrengtester Tätigkeit körperlich sehr herunter. Er nahm an Körpergewicht ab, wurde sehr anämisch.

„Die üblichen Schikanen von seiten des betreffenden Prokuristen griffen ihn jetzt mehr an als früher. Es bildete sich nun bei ihm zunächst die wahnhafte Idee aus, sein Chef, von dem er früher mit Recht überzeugt gewesen war, daß er sich durch mißgünstige Beurteilung seiner Handlungsweisen nicht beeinflussen ließ, habe sich von jenem Prokuristen gegen ihn einnehmen lassen. Mit einem Wort, es entwickelte sich unbegründetes Mißtrauen seinem Chef gegenüber. Es dauerte nicht lange, da ‚merkte' er, daß die Kunden ihn anders behandelten als früher, sie müßten wohl von seiten des Chefs gegen ihn eingenommen worden sein. Er reiste deshalb nach Hause, bat seinen Chef, doch zu sagen, was er eigentlich gegen ihn habe, er möge ihn entlassen usw. Die Versicherungen des Chefs, daß nichts gegen ihn vorliege, daß er ihm nach wie vor volles Vertrauen schenke und mit ihm sehr zufrieden sei, vermochten ihn jetzt noch zu bestimmen, wieder auf Reise zu gehen. Er ‚bemerkte' aber dasselbe veränderte Benehmen der Kunden, dabei fiel ihm jetzt außerdem auf, daß man ihn auf der Straße

eigenartig ansah, er witterte dahinter nichts Gutes. Er wurde nun einer Anstalt zugeführt. Hier bezogen sich die wahnhaften Ideen mißtrauischer Art bald auf seine Umgebung."

Hier ist der Gang der Entwicklung sehr leicht zu verfolgen. Erst findet sich begründetes Mißtrauen, dazu gesellt sich reizbare Schwäche. Infolgedessen wird die mißtrauische Stimmung stärker und gewinnt an Einfluß. Sie dehnt sich auf andere Personen aus und wird in dieser Beziehung unbegründet. Die Versicherungen des Prinzipals haben nicht mehr vollen Erfolg. Nun gesellt sich der sog. Beziehungswahn hinzu; Blicke usw. bezieht der Patient auf sich. Die Wahnidee ist gefestigt. Von eigentlicher Störung intellektueller Tätigkeit durch Schwäche oder durch heftige Affekte sehen wir nichts.

In der ganzen Entwicklung wird uns nichts besonders auffällig mehr vorkommen. Im Hintergrund steht eine mißtrauische Stimmung, die begründet und im Anwachsen begriffen ist. Sie wird organisch gefestigt durch die reizbare Schwäche, die hinzutritt, erhebt sich aber nicht zur Höhe einer eigentlichen Melancholie. Allmählich werden alle Vorkommnisse durch die Brille dieser traurigen Stimmung angesehen. Das eigene mißtrauische Verhalten des Patienten mochte auf das Verhalten der Kunden in etwa einwirken, daß sie ihn nicht vollkommen gleich offen behandelten wie früher. Das meiste aber wurde von ihm in das Benehmen anderer hineingedeutet.

Einzig der Umstand, daß Patient seine Wahnidee nicht völlig ablegte, trotz der Versicherung des Prinzipals, könnte einige Schwierigkeit bieten. Aber es ist zu beachten, daß das Mißtrauen in der reizbaren Schwäche sich organisch gefestigt hatte und so alle Wahrnehmungen, Gefühle und Erlebnisse gleichsam fälschend beeinflußte. Diese Momente waren stärker als alle Gegengründe. Sollte die Wahnidee schwinden, so mußte die reizbare Schwäche aufhören, ehe die Wahnidee sich festsetzte und systematisierte.

Das Gesagte vermag einen Teil, aber nur einen Teil der unkorrigierbaren Wahnideen zu erklären. Bei andern genügt diese Erklärung noch nicht, und zwar aus doppeltem Grunde: erstens ist eine krankhafte Stimmung schwer oder gar nicht nachweisbar, oder aber, wo sie nachweisbar ist, genügt sie nicht, das Auftreten des Wahns zu erklären.

So ist es schwer, für den platonischen „Liebeswahn" und den religiösen Größenwahn die entsprechende Stimmung nachzuweisen. Wir müssen uns oft begnügen, zu sagen, gehobene Stimmung war nicht ausgeschlossen und konnte sich bei der Selbstüberschätzung des Kranken leicht entwickeln. Nie entsteht Größenwahn, solange die depressiven Stimmungen fortdauern.

Das Gemütsleben des Paranoikers ist nicht normal, obwohl seine Stimmungen sich durchaus nicht zur Höhe eines starken Affekts erheben, wie Melancholie und Manie sie zeigen. Wir behaupten jedoch nicht, daß die augenblickliche Stimmung allein den Inhalt der Wahnideen bestimme. Zwei andere Faktoren wirken mit: der eigentümliche Charakter der krankhaften Hirnprozesse und die ganze seelische Veranlagung des Kranken.

§ 3. Die Umbildung des Verfolgungswahns in Größenwahn.

Es ist ausgemachte Tatsache, daß eine solche Umwandlung sich bei der Verrücktheit findet, und zwar in einem Drittel der Fälle nach Krafft-Ebing. Wohl zu beachten ist, daß in allen Fällen, welche dieser Psychiater fand, hereditäre Belastung vorlag. Aber wie ist diese Umwandlung zu erklären?

Man hat geglaubt, den entstehenden Größenwahn psychologisch erklären zu können. Der unglückliche Kranke, der sich verfolgt glaubt, suche sich selbst eine Erklärung dafür, daß man ihn so beobachte, scheel ansehe und verfolge. Er finde sie nur in dem Gedanken der eigenen Bedeutung. Es muß etwas Großes in ihm sein, das den Neid und die Mißgunst anderer weckt. Krafft-Ebing bemerkt (S. 399) richtig, diese Erklärung möge dort angehen, wo man findet, daß der Kranke erst in der Religion oder aber in Luftschlössern seinen Trost suche und später dann die Wahnideen von religiöser oder weltlicher Größe zum Vorschein kommen. Aber befriedigen könne eine solche allgemeine Lösung nicht. Läge die Idee des Größenwahns wie im Keime schon im Verfolgungswahn und Beziehungswahn geborgen, so müßte diese Umwandlung regelrecht vorkommen.

Der Umstand, daß es sich, wo die Umwandlung geschah, ausschließlich um hereditäre Fälle handelte, spricht dafür, daß im kranken Gehirn selbst die Ursache der Wandlung zu suchen sei. Dafür sprechen nach dem genannten Autor noch folgende Gründe: Die Transformation kann plötzlich und mit einem Schlage eintreten, oder sie geht vor sich in einem stupor- oder ekstaseartigen Zustand, einem traumartigen Halbschlaf, einem hysterischen Delirium, oder endlich erfolgt die Umbildung langsam durch ein ähnliches Inkubationsstadium, wie es die Periode des Verfolgungswahns einleitete. Diese dritte Art des Übergangs ist die häufigste. Alle drei weisen darauf hin, daß eine plötzliche oder langsame organische Veränderung sich vollzieht. Besonders interessant ist in dieser Beziehung der Fall plötzlichen Übergangs. Hier finden sich nämlich nicht selten geänderte Gefühle; es ist dem Kranken, als werde er magnetisch durchströmt, oder

er fühlt sich plötzlich tot und erwacht dann auf einmal zu neuem Leben und zugleich umgewandelt. Da liegt es doch nahe, körperliche Veränderungen als Grundlage anzusehen. Im dritten Falle erscheint der Größenwahn langsam, eine eigentliche bewußte Umbildung wird nicht wahrgenommen. Dagegen scheint im stillen des Seeleninnern die Umwandlung sich zu vollziehen. „Die unbewußte Seelentätigkeit spinnt den Faden weiter. In Traumbildern tritt der Wahn zunächst zu Tage; da wird dem Kranken der Adelsbrief gezeigt, werden Reminiszenzen aus gelegentlichen Delirien und Romanen verwoben. Endlich tritt der Wahn als fertige Tatsache ins Bewußtsein, direkt oder durch Halluzinationen, die die Vaterschaft eines regierenden Fürsten oder die Kindschaft Gottes verkündigen."

Jedenfalls enthalten diese Bemerkungen Krafft-Ebings beachtenswerte Momente, obgleich auch sie noch nicht vollkommen befriedigen.

Achtes Kapitel.

Das paralytische Irresein.

(Krafft-Ebing 572.)

Wohl das traurigste Bild des Irrenhauses bildet die progressive Paralyse. Nicht als ob der Zustand eines Idioten oder Verrückten nicht traurig genug wäre. Aber nirgends sehen wir so deutlich den Zerfall der menschlichen Größe wie beim Paralytiker. Die Paralyse muß aufgefaßt werden als eine chronische Hirnerkrankung, mit vasomotorischen, psychischen und motorischen Funktionsstörungen, die einen progressiven Verlauf nimmt, gewöhnlich 2—3 Jahre dauert und fast immer mit tödlichem Ausgang endet.

1. Oft geht es lange, bis der Arzt eine eigentliche Gehirnerkrankung konstatieren kann. Die Symptome, die sich ihm darbieten, decken sich ja vielfach mit solchen einer bloßen zerebralen Neurasthenie (Nervenschwäche). Dies ist um so mehr der Fall, als zeitweise Remissionen eintreten, in welchen die geistige Leistungsfähigkeit besonders beim Gedächtnis erhalten scheint, und die Verstimmung des Kranken, verbunden mit seiner peinlichen Selbstbeobachtung, das Bild der Hypochondrie vortäuscht. Aber auch dann, wenn der Arzt aus sichereren Symptomen auf ein eigentliches Angegriffensein des Gehirns schließen kann, weiß er lange bloß das eine, daß es sich um eine diffuse Zerebralaffektion handle.

Am frühesten erscheinen die vasomotorischen Symptome. Es handelt sich um teilweise Lähmung (Parese) von Gefäßnerven, die bis zur vollständigen Lähmung (Paralyse) derselben fortschreiten kann. Erst später folgen die psychischen und motorischen. „Die psychischen können gleichzeitig

mit den motorischen einsetzen oder ihnen vorausgehen oder in seltenen Fällen ihnen nachfolgen. Wir werden zunächst unsern Blick den psychischen Erscheinungen im Vorstadium hinwenden. a) Zunächst stellt sich beim Kranken eine Trübung des Bewußtseins, ein Dämmerzustand ein. Er ist nicht mehr orientiert in Zeit und Raum und ist sich auch nicht bewußt, wie viel ihm inzwischen für Gedächtnis, Intelligenz und Charakter verloren geht. Das führt dann auch zu Verstößen im gesellschaftlichen Leben. „Der Kranke kommt zu früh oder zu spät, macht gelegentlich die Nacht zum Tag, verirrt sich in bekannten Straßen ... er erscheint in defekter Toilette im Salon, im Schlafrock auf der Straße, raucht im Theater, behält den Hut auf in der Kirche u. dgl." b) Zu der Trübung des Bewußtseins gesellen sich bald Schwächeerscheinungen. Die Aufmerksamkeit und die Auffassungsgabe sinken herab. Die Ereignisse der Jüngstvergangenheit, ja ganzer Abschnitte werden vergessen. Verwechslungen, Erinnerungstäuschungen sind die Folge. c) „Ziemlich früh zeigen sich Ausfallserscheinungen bezüglich der ethischen und ästhetischen Funktionen — gemütliche Stumpfheit gegen Beruf, Familie und gegen die früher höchstgehaltenen geistigen Interessen, Kunst, Wissenschaft usw. ... Im weiteren Verlauf können sich die gröbsten Verstöße gegen gute Sitte, Sittlichkeit, Gesetz, Berufs-, Familienpflicht und soziale Stellung ergeben. Der Kranke bemerkt bezeichnenderweise nicht, wie sehr er sich kompromittiert, und reagiert allenfalls grob, selbst brutal darauf, wenn Angehörige, Freunde, Vorgesetzte ihm über sein Benehmen Vorhalt machen. ... Bei vielen Kranken zeigt sich auch läppische Weichheit und Emotivität oder extreme Gemütsreizbarkeit."

Diesen psychischen Symptomen gehen oft amnestische Aphasie, auffällige Ungeschicklichkeit der erlernten Bewegungen parallel. Die Miene nimmt den Ausdruck des Ermüdeten, Verschleierten, Fatuösen an, die Stimme wird rauh und monoton, die Sprache stockend; der Kranke versprícht sich. Auch die Handschrift ändert sich infolge veränderter Muskelgefühle, verminderter Beweglichkeit, sie ist nicht mehr wie aus einem Guß. Der Kranke verschreibt sich. Dazu gesellen sich oft Anfälle von erworbener (nicht hereditärer Migräne), oder Parästhesien, verbunden mit Schwäche der motorischen Innervation. Oft bildet ein schlagartiger oder epileptischer Anfall den Abschluß des einleitenden Stadiums.

2. Aus diesem Vorlaufsstadium entwickelt sich nun die Höhe des Krankheitsbildes. Die Entwicklung kann nach Krafft-Ebing eine dreifache sein:

a) maniakalische Exaltation, Größenwahn, Tobsucht, delirium acutum. Tod. b) Maniakalische Exaltation mit Größenwahn, eventuell unterbrochen durch zeitweisen Waffenstillstand, fortschreitende Verblödung; c) hypochondrisches oder melancholisches Krankheitsbild, eventuell unterbrochen durch Remissionen, fortschreitende Verblödung [1].

Nach einiger Zeit der Entwicklung beherrscht fortschreitender Ausfall der psychischen Funktionen und spontanen Bewegungen das Krankheitsbild. Das Gedächtnis schwindet immer mehr und mehr; ebenso die Merkfähigkeit. Zeitweise versteht der Kranke nicht, was er sieht und hört; Kritik zu üben vermag er kaum mehr; Erlebtes und Geträumtes, Wirklichkeit und Phantasie laufen bunt durcheinander. Ein geistiger Schlafzustand überkommt den Patienten. Er weiß nicht mehr, wo er ist, und hat die Begriffe von Anstand und Sitte vergessen. Inzwischen geht es auch mit dem Körper infolge der steigenden vasomotorischen und motorischen Störungen bergab: „Die Sprache wird häsitierend, verlangsamt, undeutlich stammelnd, die Bewegungen der Hände werden unsicher, unbeholfen; der Gang wird unsicher, schwankend, strauchelnd; als Residuum von apoplektischen oder epileptischen Anfällen kann der Kranke nach einer Seite überhängen; die Miene wird schlaff, ausdruckslos; einzelne Fazialisgebiete werden paretisch [teilweise gelähmt], es stellen sich Tremor der Zunge, der Finger, Beben der Lippen ein."

3. „Gemeinsam ist allen Kranken, mag die Zwischenzeit sich gestaltet haben, wie sie will, das Endstadium. Die Kranken sind apathisch, blödsinnig geworden, sie haben kein Bewußtsein mehr von Zeit und Ort, ihre Sprache ist nur noch ein unverständliches Stammeln und Silbenquetschen, der gemischte Effekt von amnestischer Aphasie und vollständiger Koordinationslähmung; das Gehen wird immer schwieriger, schließlich unmöglich, obwohl die grobe Muskelkraft erhalten bleibt; die Hände sind durch Ataxie und durch Mangel an Bewegungsanschauungen unbrauchbar geworden, so daß die Kranken wie kleine Kinder gefüttert werden müssen. Die Kranken werden durch Bewußtseinsstörungen und Sphinktereninsuffizienz unreinlich; die Gefäßlähmung hat ihre Höhe erreicht und gibt sich im lividen, kalten, ödematösen [angeschwollenen] Extremitäten, monokrotem tardem Puls [Puls ohne Nachschlag] und abnorm geringer Eigenwärme zu erkennen.... Fast konstant ist in diesem Stadium krampfhaftes, oft kontinuierliches

[1] Nach Wollenberg, Dementia paralytica in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgeg. von Binswanger und Siemerling 286, kann diese Krankheit alle Einzelformen der früher genannten geistigen Krankheiten vortäuschen.

Zähneknirschen." Infolge mancherlei Störungen treten offene Wunden ein, die Lunge erkrankt, es kommen Erstickungsanfälle durch Lähmung der Schlingmuskeln beim Essen, epileptische Insulte oder Schlaganfälle ꝛc. Endlich erscheint der erlösende Tod. Sagen, daß jemand an progressiver Paralyse erkrankt sei, ist für den Irrenarzt soviel, als dem Kranken für geistiges wie leibliches Leben das Todesurteil fällen. Über die Ursachen dieser Krankheit sagt Wollenberg (Dementia paralytica): „Vorausgegangene Syphilis ist von wesentlichster, wahrscheinlich von entscheidendster Bedeutung", und Krafft-Ebing faßt die Beweise für diese Anschauung kurz zusammen in folgenden Worten: „Daß die frühere Syphilis die wichtigste Prädisposition zur späteren Paralyseerkrankung abgibt, lehrt ihre Seltenheit bei Kindern und jugendlichen Individuen, ihre fast ausnahmslose Zurückführbarkeit auf lues (Durchseuchung mit syphilitischem Gift), besonders hereditäre bei solchen, ihre Seltenheit bei Damen der höheren Stände, bei Geistlichen, ihre große Häufigkeit bei ledigen Männern der Großstädte, besonders Militärs, ihre große Häufigkeit in Weltstädten, überhaupt Verkehrszentren gegenüber dem flachen Lande, ihre enorme Seltenheit in Gegenden, wo lues nur sporadisch vorkommt."

Wer wird leugnen, daß der Schöpfer den Fluch gewisser Sünden durch diese selbst in die Menschennatur hineingezeichnet?

Neuntes Kapitel.

Das Irresein der Greise (dementia senilis).

„Im höheren Alter verfällt das Gehirn einer regressiven Metamorphose, die nur eine Teilerscheinung des allgemeinen körperlichen Involutionsprozesses darstellt."

In diesen Worten ist der tiefere Grund des leider nicht so selten im Leben der Greise auftretenden Irreseins aufgedeckt. Da gegen eine solche rein organisch und sozusagen natürliche Rückbildung des Gehirns der Arzt ratlos dasteht, vermag er wohl beruhigend und erleichternd auf den Kranken einzuwirken, aber nicht das Übel zu heilen.

Dem Ausbruch des senilen Irreseins geht ein Vorstadium voraus. Zunächst steigern sich die Charaktereigentümlichkeiten, wie sie dem Alter eigen sind, immer mehr und mehr, die Schattenseiten treten kräftiger hervor. Egoismus und Begehrlichkeit, Mißtrauen und Reizbarkeit beginnen sich geltend zu machen.

In andern Fällen zeigt sich auffälliges Nachlassen der ethischen Gefühle. Gesellen sich dazu geschlechtliche Erregungen, so kann es zu groben

Verstößen gegen die Sittlichkeit, vor allem gegenüber von Kindern kommen. Dieses Schwinden der ethischen Vorstellungen und Gefühle bzw. die Verminderung in deren Wirksamkeit dürfte wohl zusammenhängen mit der Abnahme des Gedächtnisses und der Kraft, alles genügend zu überdenken, einen tatkräftigen Entschluß zu fassen und in der Tat durchzuführen.

Wirklich nimmt ja im Alter die Gedächtniskraft ab, die Schnelligkeit und Lebendigkeit in der Auffassung schwindet; der Kreis der verfügbaren Vorstellungen schränkt sich ein, und der Wille erscheint leichter beweglich. Wir können bei diesem Prodromalstadium fast alle Erscheinungen als eine Steigerung gewöhnlicher Altersschwächen auffassen.

Körperlich gesellen sich öfters dazu: Schwindel, Schlaganfälle oder epileptische Anfälle, Schlafsucht oder Schlaflosigkeit mit nächtlichem Herumdämmern. Das Vorstadium kann kürzere oder längere Zeit in Anspruch nehmen. Dann entwickelt sich rasch entweder „Dementia" oder es treten noch dazwischen sei es „Greisenmelancholie" oder „Greisenmanie".

Im Stadium der „Greisenmelancholie" (seniler Verfolgungswahn) herrscht vor allem der Affekt der Angst. Meist erhebt er sich rein organisch, mächtig und hemmungslos als Präkordialangst, die sich bis zur Höhe eines Raptus erheben kann. Der Kranke fürchtet ohne Grund grauenhaften Tod, Weltuntergang und hat episodisch schreckhafte Halluzination von Blutbädern 2c. Triebartige Unruhe, monotones Heulen und Schreien, Zerbeißen der Fingernägel, Zerkratzen der Haut in starken Anfällen. Angriffe auf eigenes und fremdes Leben können die Folge sein. Dabei zeigen sich oft die Wahnideen, nicht mehr bezahlen, leben zu können, ja nicht mehr zu existieren (mikromanischer und nihilistischer Wahn).

Die Manien der Greise „nähern sich dem Bild der paralytischen Manie, insofern sie mit planloser Planmacherei, läppischer Geschäftigkeit, unsinnigen Größendelirien, erotischer Erregung mit Beiseitesetzung aller Anstandsrücksichten einhergehen, nach jeder Richtung intellektuelle Schwäche, ethische Defekte aufweisen und vorübergehend sich zu brutaler, meist zorniger Tobsucht unter den Erscheinungen fluxionärer Hyperämie sich erheben".

Der Ausgang des senilen Verfolgungswahns wie der senilen Manie ist gewöhnlich der Greisenblödsinn (dementia senilis). „Es kommt dann rasch zu schwerer Gedächtnisstörung, die namentlich die jüngste Vergangenheit betrifft, zuweilen sogar die Ereignisse der letzten Dezennien ganz aus dem Gedächtnisse verwischt, so daß die Kranken in längst vergangener Zeit leben. Eine die Kategorien von Raum und Zeit gleichmäßig umfassende tiefe Bewußtseinsstörung macht sich geltend. Die Kranken gehen sich irre,

finden sich auf der Straße, ja im eigenen Hause nicht mehr zurecht, verlegen ihre eigenen Sachen und meinen dann, sie wären ihnen gestohlen, vergreifen sich an fremdem Eigentum u. dgl. Im Ablauf der Vorstellungen findet sich Inkohärenz und Zerfahrenheit; die Stimmung wird eine labile; kindische Heiterkeit und Lachen wechseln mit Phasen schmerzlicher, oft hypochondrisch gefärbter Depression bis zum taedium vitae. Die Kranken dämmern nachts herum, kramen zwecklos in ihren Effekten, zerbrechen in täppischer Weise, was ihnen in die Hände fällt; können ihr Lager nicht mehr finden. Die Ursache für diese nächtliche Unstätigkeit bilden häufig Angstgefühle, abrupte Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. . . . Bleibt das Leben lang genug erhalten, so werden die Kranken apathisch blödsinnig, unreinlich, gefräßig und verfallen einer fortschreitenden psychischen und allgemeinen motorischen Lähmung."

Der Greisenirrsinn ist ein chronisches Leiden, das sich Jahre hinziehen kann, bis der Tod den Kranken erlöst.

Die letzten Stadien des Greisenirrsinns, der fortschreitenden Paralyse, die andauernden und nicht geheilten Psychosen, sie alle führen schließlich zu einem Stadium, in welchem wir den vollendeten psychischen Ruin vor uns sehen, zum „terminalen" Blödsinn.

Zehntes Kapitel.

Der völlige Ruin im apathischen Blödsinn.

Wir geben die traurige Schilderung des vollendeten Ruins nach Griesinger (S. 350 f): „Die Unfähigkeit, mehrere Vorstellungen zusammenzufassen, nimmt hier immer mehr zu, und an die Stelle der bei den vorigen Formen (Verwirrtheit oder allgemeine Verrücktheit) noch möglichen Mannigfaltigkeit abrupter, unzusammenhängender Vorstellungen tritt allmählich eine fast gänzliche Abwesenheit von Bildern und Gedanken. Die Sinneseindrücke werden nicht mehr verarbeitet; es wird nichts weiteres mehr aus ihnen gebildet; das Gedächtnis ist beinahe vollständig erloschen, so daß nicht nur von einem Augenblick zum andern alles vergessen wird, sondern auch aus dem früheren Leben der eigenen Person fast keine Erinnerung geblieben ist." Auch die Sprache ist oft zum größten Teil vergessen. Die Kranken können im besten Falle noch einige geläufige, höchst beschränkte Ausdrücke halb zweckmäßig anbringen, häufiger wiederholen sie die zurückgebliebenen Worte nur ganz automatisch oder bringen, des Wortes selbst gar nicht mehr mächtig, nur noch Bruchstücke hervor.

„Mit diesem höchsten Grade von Stumpfheit der Phantasie und dieser Nullität der Intelligenz geht gleichen Schritt die tiefste Schwäche des Willens. Nichts mehr kann der Kranke aus eigenem Antriebe tun, er muß sich vielmehr völlig passiv durch fremde Impulse, kaum noch durch Reste früherer Gewohnheiten bestimmen lassen. Oft ist er nicht mehr fähig, für seine einfachsten Bedürfnisse zu sorgen, er muß gefüttert werden, verirrt sich jeden Augenblick in seinem eigenen Zimmer, und seine Unkenntnis jeder Gefahr legt andern die Pflicht auf, ihn vor Unglücksfällen zu bewahren. Sein Benehmen ist unverändert, gleichförmig, bald scheinbar in sich gekehrt, schüchtern, träge, lautlos und bewegungslos, bald werden automatische Bewegungen, Hin- und Herwiegen des Körpers, Händereiben, Murmeln, Lallen 2c. ohne Sinn und Zweck ausgeführt. Diese Gebärden sind leblos, die Gesichtszüge ganz erschlafft oder staunend oder ohne Motiv scheinbar aufmerksam, und das leere Hinstarren und Lächeln zeigt, daß keine Vorstellungen mehr da sind, welche der Kranke auszudrücken hätte. Doch kommen zuweilen noch schwache Äußerungen von Lust und Unlust und von Affekten vor, von gewohnter oder auch zuweilen von wenig motivierter, bizarrer Zuneigung zu einzelnen Personen, von Schamgefühl, von kindischer Schadenfreude, von Ängstlichkeit (Verstecken) 2c.; in einzelnen besseren Stunden kehren wohl auch Anklänge aus dem früheren Leben, mehr Empfänglichkeit und Teilnahme für die Außenwelt und ein lebhafteres Gefühl für freundliche Behandlung zurück, und es liegt in dem Übrigbleiben solcher Spuren von Selbstempfindung und Gefühl wohl Aufforderung genug dazu, die menschliche Natur auch in ihrer tiefsten Versunkenheit noch an diesen Unglücklichen zu achten, deren stumme, unverständliche Gebärde so oft, ihnen unbewußt, eine finstere Vergangenheit anklagt.

„Tiefe Störungen in den motorischen und sensitiven Tätigkeiten des Gehirns begleiten außerordentlich häufig diesen traurigen Seelenzustand, namentlich die allgemeine Paralyse der Bewegung und oft auch der Empfindung, so z. B. daß solche Kranke oft ohne alle Perzeption die tiefsten und ausgebreitetsten Verbrennungen erleiden können. . . . Der einzige, für diese Zustände mögliche Ausgang ist der Tod."

Nirgends zeigt der Verlauf der psychischen Störungen jenen Gang und Verlauf, den die Materialisten angeben. Nach ihnen müßten zuerst Verstand und Wille, zuletzt erst Gefühl und Empfindung untergehen. Nun treffen wir zuerst Störungen in den Vorstellungen und sinnlichen Gefühlen und diese oft schon anlehnend an Sensibilitätsstörungen. Bis weit in die vorgerückten Stadien der Verrücktheit hinein treffen wir noch Willen und

Verstand mit ihrer systematisierenden Tätigkeit, noch lange finden wir logische Denkformen gewahrt. Freilich aus dem traurig zerrütteten und ungeordneten Material, das ihm die Phantasie liefert, kann der Verstand nur falsche Schlußsätze ziehen, und von einer Besonnenheit, wie sie für freies Handeln notwendig ist, kann die Rede nicht mehr sein. Aber noch sind Wille und Verstand da. Ihre Tätigkeit erlischt erst dann vollständig, wenn das Vorstellungsleben erlischt.

So ist es denn aus dem Verlauf der psychischen Krankheit klar, daß Verstand und Wille wohl an die sinnlichen Vorstellungen gebunden sind, die ihnen als Material dienen, daß aber Urteil, Schluß und Willensakt keineswegs von irgend welchen feinorganisierten Gehirnpartien direkt abhängen.

Elftes Kapitel.

Die Idiotie.

(Krafft-Ebing 625 ff. Hoche, Imbezillität, Idiotie in „Lehrbuch der Psychiatrie", herausgeg. von Binswanger und Siemerling 230—245.)

Ganz ähnlichen Erscheinungen, wie wir ihnen in den Ausgangsstadien nicht geheilter geistiger Krankheit begegnet sind, auf Grund von allmählichem Ruin des Gehirns begegnen wir in der Idiotie auf Grund von Entwicklungshemmungen jener Organe, welche vor allem dem psychischen Leben dienen sollten. Diese Entwicklungshemmungen setzen oft schon sehr früh ein, sogar noch vor der Geburt des Kindes. Wenn die Eltern an lues, an Alkoholismus, an Epilepsie oder Irrsinn litten, kann das Kind im Keime geschädigt sein.

Man kann zwei große Klassen unterscheiden: Blödsinnige und Schwachsinnige. Bei den eigentlich Blödsinnigen dreht sich fast das ganze seelische Leben einzig und allein um die Nahrung. Ihm dient die Sinnestätigkeit; doch ist die Auffassungsgabe oft so schwach, daß der Idiot dem Kinde gleich alles Erreichbare in den Mund steckt. Im übrigen verharrt er in träger Ruhe, solang er nicht von außen getrieben wird. Doch gibt es auch Fälle mit hartnäckigem und sinnlosem Bewegungsdrang. Die Sprache fehlt gänzlich, bloß ein Lallen unartikulierter Laute macht sich bei einigen bemerkbar. Das ist das Bild des apathischen Blödsinnigen. Aber auch auf einer etwas höheren Stufe sind beim Blödsinnigen die Vorstellungen arm und lückenhaft; Gedächtnis und Phantasie arbeiten bloß, wenn ein starkes sinnliches Bedürfnis treibt oder äußere Anregung an sie herantritt. Gemütliche Regungen fehlen fast gänzlich.

Nur wenn sich der arme Blödsinnige in seinen elementarsten Bedürfnissen beeinträchtigt fühlt, reagiert er heftig. Da kommt es zu Wutausbrüchen, in denen das Selbstbewußtsein zu schwinden scheint, an die sich infolgedessen das Individuum nachher nicht mehr erinnert. Begriffe von sinnlichen Gegenständen mag sich der Blödsinnige wohl noch bilden, zur Bildung übersinnlicher Begriffe und Urteile scheint es nicht zu kommen.

Viel höher steht der Schwachsinnige. Bei ihm fehlen die übersinnlichen Begriffe und Urteile nicht ganz, obgleich sie viel lückenhafter und ärmer erscheinen als beim Vollsinnigen. Dementsprechend gestaltet sich der Sprachschatz. Schon die Sinnestätigkeit beim Schwachsinnigen ist schwächer bestellt als beim Vollsinnigen. Die Aufnahme der Sinneseindrücke vollzieht sich langsamer. Dabei entgeht dem Schwachsinnigen manches. Seine Wahrnehmungen sind ungenau, wenn nicht positiv falsch; und wo sie richtig sind, werden sie nicht eingeordnet und verarbeitet. Auch die Reproduktion der Sinnesvorstellungen ist träge und lückenhaft. Das mechanische Gedächtnis kann freilich gut sein, aber das logische Gedächtnis ist geschädigt. So kann es nicht wundern, wenn die Bildung übersinnlicher Begriffe und Urteile leidet, wenn Interessen höherer Art leicht mangeln. Wenn jedoch Krafft-Ebing (S. 634) sagt: „Fast alle ästhetischen, religiösen, rechtlichen Begriffe sind nur Gedächtnisleistungen und Schulreminiszenzen, die im gegebenen Fall zudem nur lückenhaft und verspätet eintreten", so scheint der erste Teil dieses Satzes etwas gar zu zuversichtlich hingestellt. Leichter anzunehmen ist, was der unmittelbar folgende Satz besagt: „Immerhin kann das Recht und Pflichtgefühl ziemlich gut entwickelt sein, nie aber stützt es sich so tief auf ethische, im Charakter festgewurzelte Gefühle und Anschauungen wie beim Vollsinnigen." Es wird länger dauern, bis sittliche Urteile, welche der Blödsinnige von andern gelernt, sein eigenster Besitz werden. Aber man braucht nicht daran zu verzweifeln, daß bei manchem wenigstens einige moralische Begriffe und Urteile in Fleisch und Blut übergehen, wie man zu sagen pflegt, und daß in der Befolgung des Gelernten mehr zu suchen ist als „eine halbbewußte Regung und Eingebung eines sittliche Urteile anderer verwertenden Gewissens". So ist zu hoffen, daß die größere Sorgfalt und Liebe, die man heute diesen Armen besonders auch durch Gründung von Hilfsschulen entgegenbringt, nicht nur dazu dient, die mechanischen und technischen Anlagen und Fertigkeiten, die manche Schwachsinnige besitzen, auszubilden, sondern diese auch geistig und sittlich zu heben. Sie verdienen diese Hilfe um so mehr, als sie nicht schuld sind an ihrem Elend, das Sünden ihrer

Eltern oder Krankheit über sie heraufbeschworen. Wird ihnen nicht geholfen, so verfallen sie leicht dem Laster und gehen an Körper und Seele zu Grunde.

Schlußwort.

Es gibt eine Hygiene der Seele. Das mens sana in corpore sano hat seine Berechtigung, und eine vernünftige Sorge für das Nervensystem ist absolut notwendig. Dies wird laut genug betont.

Weniger betont findet man die direkte Sorge für die Seele. Verstand und Wille müssen die Oberhand behalten, sonst geht das psychische Leben seinem Ruin entgegen. Nicht in der Erwartung einer Ausbildung neuer Fähigkeiten im Hypnotismus und Spiritismus ist das Heil zu suchen, sondern in der Erwerbung richtiger Prinzipien für das Denken und durchgreifender fester Grundsätze für den Willen. Denn es gilt für das Wohl des psychischen Lebens die sinnlichen Begierden und Triebe in den rechten Schranken zu halten. Gerade auf dem Doppelgebiete fester, unerschütterlicher Wahrheit und gerechter sittlicher Grundsätze für das Handeln liegt die Kraft des geoffenbarten, auf objektive Tatsachen gegründeten Glaubens. Und wir verstehen jetzt das tiefe Wort: Qui autem faciunt peccatum et iniquitatem hostes sunt animae suae (Tob 12, 10).